This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

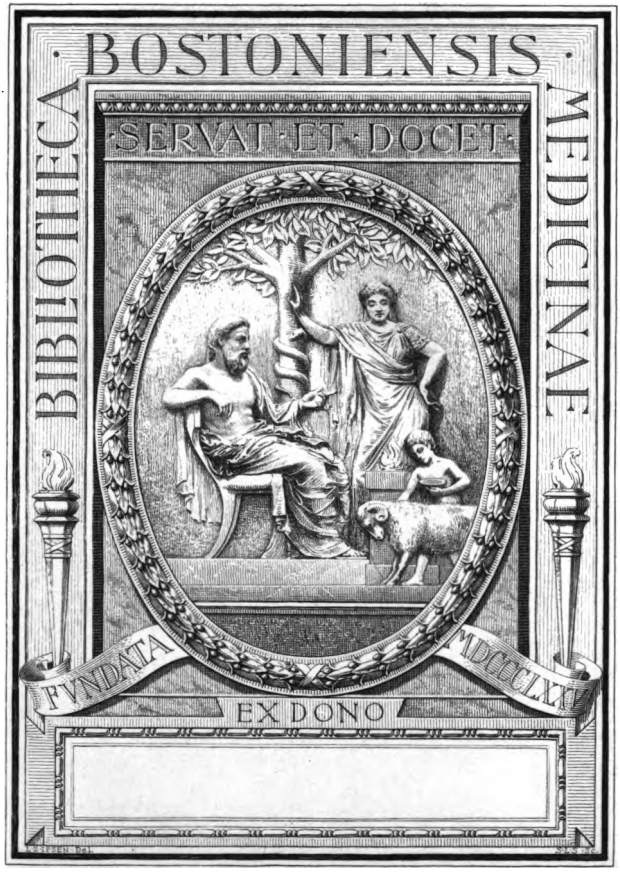
+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

COUNTWAY LIBRARY
HC 1F2J N

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Digitized by Google

Digitized by Google

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Sapêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

—

NEUVIÈME SÉRIE — TOME DEUXIÈME

SOIXANTE-TROISIÈME ANNÉE

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—

1905

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
JUL 18 1906
LIBRARY

CATALOGUED
JUL 18 1906
E. H. B.

Digitized by Google

8983

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

BOSTON MEDICAL LIBRARY
JUL 18 1906

Chronique

La question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale, à l'Académie de médecine.

Une de nos publications médicales d'ordinaire la mieux informée se prenait à regretter naguère le vide, la pénurie, la banalité par où se distinguent depuis quelques années les ordres du jour de la plupart de nos sociétés savantes. A en croire notre confrère « les séances de ces sociétés, jadis si mouvementées, ne seraient aujourd'hui fréquentées que par un nombre de plus en plus restreint de membres et donneraient lieu à des discussions ou à des communications d'un si faible intérêt qu'il serait souvent nécessaire, une fois la sélection faite, de réunir les travaux de deux séances pour que le compte rendu en puisse présenter quelque consistance ».

Dans cette critique et dans ces doléances il y a sans nul doute une bonne part d'exagération ; et nous savons telles réunions scientifiques, pleines d'entrain et de vie, qui ne méritent en aucune façon le reproche de stérilité

Digitized by Google

et dont l'on serait mal venu à mettre en doute la vigoureuse prospérité. Pour nous en tenir à l'Académie, la démonstration serait facile à faire que le public médical n'a jamais cessé d'avoir l'attention retenue sur sa tribune par des communications de la plus haute portée comme du plus puissant intérêt. Mais il n'est aussi que trop exact, et c'est l'excuse légitime à d'aussi vifs regrets, que la tradition y semblait perdue de ces grands et mémorables débats qui, se prolongeant des mois entiers de séances en séances, mettaient aux prises pour le plus grand profit de tous, sur les problèmes les plus controversés de la médecine générale, les plus illustres de ses membres et ses orateurs les plus diserts.

C'est cette tradition, si longtemps interrompue qu'on pouvait craindre que le souvenir même en fût effacé, c'est cette tradition que l'Académie vient de reprendre et de renouer avec éclat. Et il ne nous déplaît pas de constater que l'occasion lui en fut fournie par une question qui, pour être aujourd'hui du domaine commun, n'en est pas moins née et s'est presque tout entière faite dans notre spécialité. A propos d'une communication de M. Fournier, l'Académie de médecine vient de consacrer sept séances à la discussion et à l'étude des rapports de la paralysie générale et de la syphilis. (Séances des 21 et 28 février, 7, 14 et 28 mars, 11 et 18 avril 1905.)

C'est un mérite que l'on reconnaît généralement au professeur Fournier de poser les questions avec une précision et une clarté parfaites : il a fait montre, cette fois encore, de ses qualités coutumières. Avec une modestie habile, il avait intitulé sa communication : « *Quelques propos sur la paralysie générale de la syphilis* ; » et, immédiatement, il avait bien pris soin de déterminer exactement sa position dans le débat et net-

Digitized by Google

tement marqué son intention d'en circonscrire rigoureusement la portée. Syphiligraphe, il a pu suivre, pour ainsi dire de bout en bout, du chancre initial à la paralysie générale confirmée, bon nombre de ses malades ; c'est uniquement d'observations personnelles de cette nature qu'il se servira ; donc, et par définition, tous les paralytiques généraux dont il va s'agir sont bien indiscutablement syphilitiques et la paralysie générale qui sera seule en cause sera bien « la paralysie générale de la syphilis ». Et ainsi, il n'entend préjuger en aucune façon de la question, intéressante certes, mais bien différente, de savoir s'il y a d'autres paralysies générales que la paralysie générale de la syphilis, ou encore si la paralysie générale n'est pas toujours syphilitique. D'autre part, M. Fournier se défend de vouloir faire une monographie complète de cette paralysie générale de la syphilis ; volontairement, il bornera son exposé aux trois points suivants : ses termes d'échéance au cours de la syphilis, ses conditions étiologiques, l'influence préventive et prophylactique du traitement. Donc, la chose est bien entendue, pas d'étude d'ensemble : « quelques propos ». Et ainsi, il sera loisible à M. Fournier, quitte sans doute à y revenir plus tard, de passer pour l'instant sous silence tels chapitres, par ailleurs importants, par exemple, la symptomatologie ou l'anatomie pathologique propres à la paralysie générale de la syphilis.

En fait, on ne peut que reconnaître que M. Fournier s'est exactement tenu, lui, dans les limites qu'il s'était par avance imposées. Sur des documents impressionnants comme nombre et de qualité indiscutable, il a établi, d'après le programme qu'il s'était tracé, les propositions suivantes, essentielles, primordiales :

« La paralysie générale est inconnue dans les deux premières années de la syphilis ; son invasion la plus

Digitized by Google

précoce se fait au cours de la troisième année ; elle est rare, très rare même jusqu'à la sixième année ; ses échéances les plus habituelles sont comprises entre la sixième et la douzième année avec un fort maximum pour la dixième ; de la treizième à la vingtième année, elle devient, et cela progressivement, beaucoup moins fréquente ; au delà de la vingtième année, elle ne constitue plus qu'une très rare exception.

« La paralysie générale (observée par M. Fournier) reconnaît : une cause constante, la syphilis, et le plus souvent une syphilis initialement bénigne ; une cause presque constante, l'insuffisance du traitement spécifique (dans la proportion des 4/5) ; puis, 15 fois seulement sur 112 cas, quelques causes prédisposantes : 8 fois, surmenage nerveux, 5 fois alcoolisme, 3 fois grands excès vénériens, 2 fois seulement hérédité nerveuse bien accentuée.

« La meilleure sauvegarde d'un sujet syphilitique contre la paralysie générale réside dans un traitement mercuriel méthodiquement institué et très longuement poursuivi ; des différents modes d'application de ce traitement, celui qui est dit *traitement mercuriel chronique à termes tardifs* semble offrir le plus de garanties préventives et se recommande au choix du praticien. »

Des trois propositions ainsi soumises par M. Fournier à l'appréciation de l'Académie et qui offraient certes ample matière à controverse, on peut dire qu'aucune n'a été sérieusement discutée. Sans doute, M. Raymond a bien réclamé pour l'hérédité une place plus large que celle que lui octroie M. Fournier, et M. Hallopeau est venu dire les raisons qui l'empêchaient de renoncer encore au traitement classique des quatre années consécutives. Mais, à ces exceptions près, tous les orateurs qui se sont succédé à la tribune, M. Hallopeau et M. Raymond eux-mêmes, ont surtout et presque uni-

Digitized by Google

quement discuté la question que M. Fournier s'était efforcé d'exclure du débat : les rapports de la paralysie générale et de la syphilis. Et c'est en ce sens que M. Fournier a pu dire, avec raison, dès qu'il reprit à son tour la parole : que « le débat avait dévié ».

Franchement, pouvait-il en être autrement et M. Fournier lui-même pouvait-il se faire sur ce point illusion? Cette question, qu'il déclare simplement « connexe », est en réalité préjudicielle : de la solution qui lui sera donnée dépend l'existence même de la paralysie générale de la syphilis, et cette solution, c'est M. Fournier qui nous le dit, « on l'attend encore impatiemment ».

D'un autre point de vue, « quelques propos » étiologiques ou thérapeutiques, tout pleins d'intérêt qu'on les reconnaisse, suffisent-ils à démontrer de façon péremptoire l'autonomie clinique d'une forme morbide? La moindre description anatomique ou symptomatique eût beaucoup mieux fait notre affaire. Doit-on s'étonner dès lors que les adversaires de M. Fournier aient immédiatement évoqué et fait intervenir des considérations de cet ordre? C'est donc, parce que ce devait être, la grosse, l'éternelle question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale qui a été en réalité traitée et qui a fait les frais et le fonds du débat.

Les deux thèses adverses ont chacune à l'Académie leurs partisans. L'opinion de M. Joffroy est connue, il l'a exprimée à nouveau sans ambages : « La paralysie générale et la syphilis sont deux affections distinctes, ayant chacune leur individualité, leur essence, et l'une n'engendre pas l'autre : elles sont de nature différente. » Comme lui pensent M. Cornil et M. Lancereaux. C'est, ainsi qu'il s'est plu à le rappeler, en 1894, que M. Fournier à cette même place a proclamé la connexion étiologique étroite de la paralysie générale avec la

Digitized by Google

syphilis : « la paralysie générale, a-t-il répété aujourd'hui encore, est une émanation de la syphilis », et il a eu cette fois la « satisfaction » de voir se ranger derrière lui ses collègues M. Raymond et M. Hallopeau.

Entre ces deux tendances ainsi représentées, la lutte immédiatement s'est engagée, menée de part et d'autre avec la même conviction et avec la même ardeur. A défaut de preuve décisive, irréfutable, du « coup de massue » dont a parlé M. Fournier, chacun des protagonistes s'est attaché à grouper en un solide faisceau toutes les considérations qui lui ont paru militer en faveur de sa manière de voir : et ainsi, une fois de plus, tour à tour conduite par M. Fournier ou par M. Joffroy, a défilé sous nos yeux, l'un aidant l'autre, toute la longue théorie des vieux arguments.

On nous en voudrait de les reproduire tous. Nous en rappellerons quelques-uns. Côté Fournier : fréquence extrême des antécédents de syphilis chez les paralytiques généraux ; nombre considérable des sujets syphilitiques aboutissant à la paralysie générale ; rareté de la paralysie générale chez la femme, dans les campagnes, chez les ecclésiastiques, les religieux, les quakers, etc. ; fréquence bien plus considérable d'antécédents de syphilis chez les paralytiques généraux que chez les autres aliénés ; association commune de la paralysie générale avec le tabes ; origine hérédo-syphilitique de la paralysie générale juvénile ; paralysies générales conjugales, familiales ; argument Babinsky : le signe d'Argyll Robertson est pathognomonique, — ou presque, — de syphilis nerveuse ; or, le signe d'Argyll Robertson est d'observation très commune dans la paralysie générale ; donc... ; tentatives infructueuses d'inoculation syphilitique aux paralytiques généraux, etc. Côté Joffroy : absence de caractères différentiels quelconques soit dans les symptômes, soit dans la marche, soit dans la durée,

Digitized by Google

soit dans les lésions anatomiques de la paralysie générale qui serait syphilitique et de celle qui ne le serait pas ; répartition géographique différente de la paralysie générale et de la syphilis ; rareté des lésions tertiaires chez les paralytiques généraux ; curabilité de ces mêmes lésions opposée à l'inefficacité complète du traitement chez les mêmes malades ; cas d'infection syphilitique contractée par des paralytiques généraux, etc...

Parmi tous ces arguments, de valeur d'ailleurs très inégale, on nous permettra de faire un choix et de retenir seulement ceux que la discussion actuelle a rajeunis, renouvelés, renforcés ou simplement mis en relief. Or, à l'Académie, on a surtout parlé statistique, géographie, histologie, thérapeutique.

Longtemps la statistique est restée la clef de voûte de la théorie syphilitique de la paralysie générale. Seule, elle paraissait, en 1889, à M. Gilbert Ballet, « susceptible de nous éclairer sérieusement ». En fait, la recherche de la syphilis chez les paralytiques généraux a donné lieu depuis lors à beaucoup de statistiques : vingt-six, d'après les recherches de M. Marchand, plus d'une cinquantaine, suivant M. Fournier. S'ensuit-il que nous soyons plus « sérieusement éclairés » ? Il n'y paraît pas, si l'on considère les divergences énormes entre les auteurs et les écarts formidables entre les chiffres produits. Quelles conclusions tirer de pourcentages qui varient de 7 à 94 p. 100 ?

Abrité derrière la haute autorité de Cl. Bernard, M. Lancereaux a fait le procès de la statistique : « En médecine, aurait dit l'illustre physiologiste, la statistique conduit presque nécessairement à l'erreur », et encore : « La statistique ne peut donner la vérité scientifique. » M. Fournier, qui a beaucoup usé lui-même de statistiques, a protesté contre cette condamnation

Digitized by Google

un peu bien sévère ; il demande que l'on distingue : il est certes de « mauvaises » statistiques, et c'est à celles-là que Cl. Bernard a jeté l'anathème ; mais il en est de « bonnes », auxquelles il garde, lui, toute sa confiance. A quoi et comment reconnaît-il les unes des autres ? M. Fournier n'a pas livré son critère ; et il nous laisse ainsi dans l'embarras. Dans quelle catégorie, par exemple, faut-il ranger la statistique produite en cette même séance par M. Motet, et qui donne, comme moyenne, 33 p. 100 ? Elle a le défaut, reconnu par son auteur, de ne porter que sur un petit nombre de cas, mais elle présente l'intérêt d'avoir été recueillie dans un milieu social élevé, où les renseignements ont pu être puisés à bonne source et contrôlés avec soin par un observateur averti. M. Raymond s'est montré très réservé : il n'accorde aux statistiques qu'une « valeur relative », et surtout il est d'avis qu' « il ne faut pas leur demander plus qu'elles ne peuvent donner ». C'est aussi l'opinion de M. Joffroy : il ne va pas jusqu'à dire, comme l'a fait M. Lancereaux, que la statistique est un mode de renseignement qu'il faut mettre de côté ; mais il demande « qu'elle soit soumise, surtout dans les situations complexes, à des règles aussi sévères que les autres modes d'argumentation ». Somme toute, l'opinion générale a paru être que la statistique s'était montrée, à l'user, moins « éclairante » qu'on avait pu croire, et qu'on ne devait s'appuyer qu'avec prudence sur ses résultats.

Dans un mémoire publié ici même en 1891, M. Meilhon avait souligné la rareté de la paralysie générale chez les indigènes d'Algérie, d'ailleurs tant éprouvés par la syphilis. Ce fait, qui avait paru dès lors bien établi, devint, entre les mains des adversaires de la théorie syphilitique, une objection des plus sérieuses. On se

Digitized by Google

rappelle la réfutation qu'en fit à l'époque M. Fournier, et comment il a raillé cet « argument des Arabes ». « A Paris », écrivait-il en 1894, « à Paris même, la Ville Lumière, nous en sommes encore à ignorer la fréquence réelle de la syphilis, voire de la paralysie générale chez nos concitoyens. Et l'on prétend établir un rapport entre ces deux affections chez les Arabes, peuplades non dénombrées, mobiles, nomades, n'ayant ni état civil, ni moins encore de statistiques médicales, ni médecins. Pure illusion. »

M. Joffroy, il est à croire, a l'illusion tenace. Dès son premier discours à l'Académie (séance du 7 mars), il n'a pas craint, en effet, d'exhumer et de reprendre à son compte cet « argument des Arabes » ; bien plus, accumulant faits sur faits, documents sur documents, témoignages sur témoignages, il a montré qu'au fur et à mesure que nos connaissances en géographie médicale se sont précisées et accrues, ce n'est plus en Algérie seulement que l'on a trouvé la paralysie générale rare et la syphilis fréquente, mais aussi en Bosnie, en Herzégovine, au Japon, en Tunisie, en Abyssinie, en Birmanie, à Singapore, à Java, en Corée, en Cochinchine, sur la côte de Malabar, etc... Si bien que, fort de « toutes ces constatations nombreuses, concordantes, faites par des observateurs compétents », M. Joffroy n'hésite pas à voir dans cette répartition géographique si différente de la syphilis et de la paralysie générale la preuve que « la syphilis à elle seule est insuffisante à faire la paralysie générale ».

M. Fournier, cette fois, n'a pas relevé l'argument ; c'est, sans doute, qu'il s'en tient à sa critique de 1894. Mais M. Raymond est tombé d'accord avec M. Joffroy sur le fait, qui lui paraît « irréfutable » ; il en tire seulement des conclusions « précisément inverses » : c'est là, simplement, pour lui, « question de race » ; il faut à

Digitized by Google

la syphilis, pour qu'elle produise la méningo-encéphalite diffuse, un terrain particulier, préparé par l'hérédité ; et c'est dans notre vieille Europe, « où la paralysie générale paraît être l'apanage des familles tarées, que la syphilis sera la meilleure pierre de touche de cette tare ».

L'explication a sans doute sa valeur ; il n'en faut pas moins reconnaître que, depuis 1891, l'argument des Arabes a gagné du terrain, et l'on nous accordera que, pour le tenir au courant du progrès, il échet tout au moins de le rebaptiser.

L'histologie à ses débuts avait laissé concevoir les plus vastes espérances. Il ne nous appartient pas et ce n'est pas ici le lieu de rechercher jusqu'à quel point et dans quelle mesure elle les a, dans l'ensemble, réalisées ; mais force est bien à ses fervents eux-mêmes de reconnaître qu'en matière de paralysie générale elle les a, en grande partie, déçues. D'aucuns même, — ce sont, il est vrai, des profanes, — sont allés jusqu'à prétendre que son intervention, en l'espèce, avait eu des résultats plutôt fâcheux et l'ont accusée nettement d'avoir porté l'obscurité et la confusion dans l'œuvre clinique, simpliste peut-être, mais limpide à coup sûr, des vieux maîtres. Or, il semble bien que l'histologie ait à cœur et peut-être aussi qu'elle soit à la veille de se réhabiliter.

La thèse anatomo-pathologique jusqu'alors soutenue par les adversaires de la théorie syphilitique pouvait se résumer comme suit : il existe « une différenciation absolue », « un fossé profond » entre les lésions de la méningo-encéphalite diffuse et les néoformations spécifiques de la syphilis. Ce sont les termes mêmes dont s'est servi, pour conclure, M. Cornil dans la magistrale démonstration qu'a entendue l'Académie ; c'est ce qu'ont affirmé après lui M. Lancereaux et M. Joffroy.

Digitized by Google

Mais voici que, — et c'est là le fait nouveau sur lequel a beaucoup insisté M. Raymond, — voici que, dans ces dernières années, depuis que la technique se perfectionne et que les examens se font plus minutieux, les cas se multiplient de coexistence « côte à côte », « sur le même cerveau », des lésions de la syphilis cérébrale et de celles, bien connues, de la paralysie générale. En plus des quelques observations qui lui sont personnelles, de celles qu'il doit à M. Marchand (de Blois), M. Raymond a pu réunir dans la littérature bon nombre de faits de même ordre. Et, avec M. Marchand, il croit que cette association, jusqu'ici considérée comme rare, se montrera fréquente, deviendra peut-être la règle, lorsque, dans l'examen histologique des cerveaux de paralytiques, on ne se contentera plus de prélever simplement quelques morceaux de substance cérébrale dans l'écorce, mais qu'on pratiquera systématiquement des coupes sériées, qui seules permettent l'examen complet de tous les vaisseaux de l'encéphale. Et alors peut-être pourra-t-on, comme M. Raymond lui-même l'a fait dans un cas, passer, pour ainsi dire par gradation insensible, des lésions de la syphilis cérébrale à celles de la paralysie générale. C'est là en tout cas la voie dans laquelle il faut, d'après lui, s'engager et qui mènera à la solution définitive du problème.

Les documents produits par M. Raymond n'ont pas laissé que d'étonner M. Cornil : « personnellement, il n'a jamais rien vu de semblable ». Il est donc porté à penser que ces faits doivent être exceptionnels ; d'ailleurs, tout en rendant hommage aux travaux de M. Marchand, — « qu'il reconnaît comme un travailleur aussi instruit que bon technicien », — il ne croit pas qu'il soit encore permis de tirer de ses recherches des conclusions aussi formelles. Tel est aussi l'avis de M. Joffroy : il tient pour rare, bien qu'il l'ait observée, la rencontre

Digitized by Google

sur le même cerveau des lésions de la syphilis avec celles de la méningo-encéphalite ; il ne peut voir, au surplus, dans cette association, rien autre chose qu'une coïncidence : « le paralytique général n'a-t-il pas le droit, quand il est syphilitique, de faire de la syphilis cérébrale ? »

M. Fournier, qui au début de la discussion avait paru marquer quelque répugnance à s'engager sur ce terrain où le conviaient ses adversaires, M. Fournier, qui s'était défendu d'être anatomiste et avait déclaré se reposer sur la « compétence spéciale » de M. Raymond du soin de tenir tête sur ce point à l'attaque, M. Fournier alors a pris l'offensive. Sentant l'heure propice, il élargit, — il déplace, — le débat ; en une véhémente apostrophe, il s'adresse à ses collègues anatomo-pathologistes et il leur « dénie le droit », que jusqu'ici ils se sont arrogé, « d'imposer à la syphilis une seule modalité anatomique », exclusive, « officielle », celle qu'ils ont eux-mêmes décrite, et de rejeter *a priori* et à jamais de son cadre tout ce qui n'est pas conforme à ce type unique, orthodoxe, par eux seul admis ; oui, les lésions de la méningo-encéphalite diffèrent de celles que produit la syphilis en général ; mais qu'est-ce à dire, sinon que la « syphilis, lorsqu'elle fait de la paralysie générale, fait autre chose que ce qui lui est habituel en autre occurrence », et vous n'avez pas le droit, « à moins d'arbitraire », « à moins de bon plaisir », lorsque l'étiologie et la clinique vous apprennent que, très fréquemment, la paralysie générale est de provenance, d'origine syphilitique, vous n'avez pas le droit de refuser à ses lésions la « qualité syphilitique ».

Aucun des anatomistes ainsi pris à partie ne s'est montré soucieux d'assumer la responsabilité de pareil refus : il y aurait eu en vérité outrecuidance à s'exposer de la sorte aux foudres de M. Fournier ; et voilà comment, sans protestation aucune, en cette séance du

Digitized by Google

18 avril, l'anatomie pathologique de la syphilis, qui déjà devait tant à M. Fournier, s'est encore enrichie par son fait d'un nouvel ordre de lésions.

La thérapeutique de l'avenir nous apportera peut-être l'heureuse confirmation de cette hypothèse osée. Il n'est pas défendu, par exemple, d'espérer qu'un seul et même sérum sera découvert un jour qui jugulera la méningo-encéphalite et résoudra dans le même moment les lésions ordinaires de la syphilis. Mais ce jour n'a pas lui. Et, pour le présent, nous sommes obligés de reconnaître que le mercure, cet agent si précieux et qui fait merveille contre les manifestations usuelles de la syphilis, persiste, même administré *larga manu*, à se montrer d'une lamentable inefficacité contre la paralysie générale confirmée. Sur ce point, d'ailleurs, l'accord à l'Académie a été unanime, dès le principe et sans discussion : M. Fournier n'a pas soulevé la moindre contestation quand il a proclamé solennellement la « faillite complète » du traitement mercuriel curatif. Mais l'aveu était bon à enregistrer : M. Joffroy, on le pense bien, n'y a pas failli ; comme aussi d'en tirer l'argument d'usage en faveur de ses idées : « le traitement antisyphilitique n'ayant aucune action sur la paralysie générale, la paralysie générale n'est pas syphilitique ». Il y a longtemps déjà que M. Fournier a paré l'objection d'un « mot », d' « un seul mot », « qu'il répète depuis plus de dix ans » : parasyphilis. Le tabes, l'hystéro-syphilis, la leucoplasie, d'autres troubles dystrophiques de tout ordre ont avec la paralysie générale ce caractère commun de dériver directement ou indirectement de la syphilis et de se montrer cependant comme elle réfractaires au traitement : leucoplasie, hystéro-syphilis, tabes et paralysie générale sont des « affections parasyphilitiques ». M. Fournier ne pouvait que redire

Digitized by Google

aujourd'hui ce qu'il écrivait il y a dix ans : parasyphilis.

Mais, depuis dix ans, l'expérience thérapeutique de M. Fournier s'est singulièrement perfectionnée, au point qu'elle lui permet aujourd'hui de puiser à son tour dans la thérapeutique un argument puissant qu'il retourne à ses adversaires : oui, le traitement antisyphilitique est sans action sur la paralysie générale confirmée ; mais le traitement mercuriel, institué de bonne heure et continué avec soin, est d'une efficacité préventive presque absolue contre le développement de la paralysie générale. N'est-ce pas là une nouvelle preuve que la paralysie générale prend bien sa source dans la syphilis ?

Le fait en soi, quelle que puisse être son interprétation doctrinale, est d'importance pratique énorme et l'on ne doit pas s'étonner que M. Fournier, las d'ailleurs de « guerroyer à propos de sujets théoriques », se soit efforcé de l'établir à grand renfort de documents. Mais, ici encore, il s'est heurté à l'opposition décidément irréductible de M. Joffroy : dans sa première communication, le professeur de Sainte-Anne était arrivé sur ce point particulier à la conclusion suivante : « Le traitement mercuriel n'est pas prophylactique de la paralysie générale. » Lors de sa deuxième intervention, en dépit de la « forte querelle » que lui a cherchée sur ce point M. Fournier et malgré ses pressantes objurgations, M. Joffroy a maintenu intégralement sa première conclusion.

Nous voici donc, une fois de plus, en présence de deux affirmations diamétralement opposées, également autorisées, et ce, — on l'aura déjà remarqué, — sur une question de fait, que les faits seuls devraient pouvoir trancher.

Ainsi s'est déroulé, en une série de heurts et de contradictions, ce long et ardent débat. Ce serait mal en

Digitized by Google

rendre la physionomie que de le réduire aux proportions d'un tournoi singulier entre M. Joffroy et M. Fournier ; d'autres champions sont entrés en lice, dont nous avons au passage noté l'intervention : M. Raymond, en particulier, ne s'est pas ménagé et a rompu, lui aussi, plusieurs lances. Il y eut d'ailleurs des intermèdes : M. Pinard, prenant texte d'une digression dont s'était excusé M. Fournier, est remonté jusqu'à Paracelse pour exposer l'histoire de la syphilis dans ses rapports avec la procréation. M. Hallopeau a exposé tout au long sa doctrine des deutéropathies syphilitiques, laquelle d'ailleurs n'a pas trouvé d'opposants ; ce qui a permis à son auteur, interprétant ce silence comme un assentiment, de se féliciter de cette adhésion unanime... par prétérition. Il y eut enfin des surprises : M. Motet, qu'on savait surtout clinicien, s'est révélé histologiste, et M. Magnan, qui seul sans doute eût pu opposer à M. Fournier une égale richesse de documentation, — et qu'en tout état de cause on aurait aimé voir prendre part aux débats, — M. Magnan s'est tu.

Il n'est peut-être pas d'exemple, en dépit du vieil adage, que d'une discussion scientifique la lumière ait jamais jailli, assez vive, assez éblouissante pour s'imposer à tous sans exception et sans conteste ; et voilà pourquoi sans doute il est toujours de mode et il est bien porté d'afficher à l'égard des luttes académiques un ironique et dédaigneux scepticisme. On peut prédire, sans crainte de se tromper, que le débat actuel sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale n'aura pas échappé à la règle commune et qu'il n'aura modifié que dans une bien faible mesure l'opinion, déjà faite dans un sens ou dans l'autre, du monde médical sur la question. Il n'en aura pas moins été opportun et il ne restera pas inutile.

Digitized by Google

Le 30 octobre 1894, que l'on veuille bien s'en souvenir, M. Fournier avait déjà porté la même thèse à cette même tribune et personne alors ne s'était levé pour lui répondre : toute discussion apparaissait prématurée. Depuis lors, partout, dans les journaux, dans les revues, dans les sociétés spéciales, des documents nouveaux ont été produits, la controverse s'est engagée. Une mise au point était devenue nécessaire et aussi un tri qui séparerait l'ivraie du bon grain. Préparé par ces travaux et par ces discussions en quelque sorte parcellaires, un débat d'ensemble pouvait et devait être maintenant institué, où les arguments si longtemps ressassés seraient enfin passés au crible d'une critique autorisée. Et pour cette besogne urgente, nécessaire, où trouver réunies de pareilles compétences, et aussi variées, si ce n'est à l'Académie?

D'autre part, s'il est incontestable que la récente controverse n'a pas définitivement résolu un problème que beaucoup estiment insoluble, elle n'en aura pas moins apporté une contribution nullement négligeable à une question qui, à moins d'imprévu, ne s'éclairera pas brusquement, mais bien par le lent apport, longtemps continué, de générations successives. Et, de ce point de vue, ne doit-on pas se féliciter comme du plus heureux événement que M. Fournier, par exemple, ait été amené à ouvrir et à vider ses cartons?

Il y a plus. En fixant les points acquis, en attirant l'attention sur ceux, plus nombreux, qui appellent de nouvelles recherches, l'Académie aura fourni aux travailleurs de précieuses indications : nul doute que les histologistes ne se lancent dès maintenant dans la voie ouverte par M. Marchand et où les pousse de toutes ses forces M. Raymond.

Enfin, par sa solennité même, le débat qui vient de se clore marquera, espérons-le, dans les manifestations

Digitized by Google

du même genre, mais de moindre envergure, un temps d'arrêt ; après une telle lutte, les munitions maintenant sont épuisées, et si l'on veut bien suivre les indications et les enseignements qui en découlent, il faudra de longs jours pour en préparer de nouvelles. Peut-être ainsi, et pour un temps, serons-nous à l'abri de ces publications hâtives et de ces communications insuffisamment préparées qui sévissaient dans les périodiques et qui encombraient la tribune de nos congrès. Ne dût-elle avoir que ce résultat, la discussion à l'Académie, on en conviendra, ne serait pas restée vaine.

Sur la forme même du débat, — est-il besoin de dire que d'un bout à l'autre, la discussion, toujours animée, souvent très vive, n'a jamais cessé d'être courtoise, d'une haute tenue, et qu'il s'y est dépensé de part et d'autre beaucoup d'esprit et de talent? L'Académie a suivi avec un intérêt soutenu cette passionnante controverse ; elle n'a pas été appelée, elle n'avait pas à prendre parti : elle a fait fête à ces brillants joûteurs. M. Fournier surtout, qui n'avait jamais été plus en verve et qui n'a pas tari en mots heureux et en trouvailles d'expressions, M. Fournier à plusieurs reprises a soulevé d'unanimes applaudissements : juste hommage rendu à son inlassable combativité autant qu'à son entraînante et persuasive éloquence. Est-ce à dire qu'il ait, comme il a paru le croire, cause gagnée?

Il y a un quart de siècle, dans cette même enceinte, se discutait la « théorie des germes » ; la mordante ironie de Peter, l'imprévu de ses saillies obtinrent alors aussi le plus vif succès. Entre Pasteur et lui, l'avenir auquel tous deux faisaient confiance et qu'ils ne craignaient ni l'un ni l'autre d'invoquer, l'avenir aujourd'hui a prononcé. Et ce n'est pas à Peter qu'il a donné raison.

GEORGES VERNET.

Digitized by Google

Pathologie.

—

ENQUÊTE SUR LA FRÉQUENCE

DES

TROUBLES MENTAUX

DANS LE PERSONNEL DES ASILES D'ALIÉNÉS

Par le Dr Roger MIGNOT

Médecin suppléant de la Maison nationale de Charenton.

D'après un préjugé bien connu, la vie en commun avec les aliénés peut avoir un retentissement fâcheux sur la santé psychique. Un de nos collègues, frappé de la fréquence des troubles mentaux dans le personnel d'un asile où il a séjourné, s'est demandé dans quelle mesure cette opinion populaire était fondée. Pour éclaircir ce problème, il désirerait susciter une enquête statistique dont il fournit les premiers éléments. Obéissant à un scrupule compréhensible, le Dr X... a voulu garder l'anonymat et nous a prié de présenter, en les commentant, les résultats de ses observations.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de revue générale ni de statistique détaillée sur le sujet qui nous occupe. Les auteurs ne consacrent habituellement à

Digitized by Google

cette question que quelques lignes au chapitre de l'étiologie dans les traités de psychiatrie, ainsi que dans les études sur la folie communiquée et la contagion mentale. Ils admettent que la fréquentation des aliénés n'a pas d'inconvénient pour les individus sains d'esprit et non prédisposés.

Krafft-Ebing (1) a écrit les lignes suivantes : « Si la prédisposition manque, la fréquentation des aliénés, quand elle a un but humanitaire ou scientifique, n'a guère d'influence préjudiciable sur la santé de l'esprit. En effet, les employés des asiles d'aliénés sont rarement atteints d'aliénation mentale et, quand le cas se présente, la maladie se déclare dans des conditions qui sont bien en dehors de la sphère de leur métier : il est vrai cependant que la profession d'aliéniste ou de garde-malade présente des dangers pour la santé psychique des personnes tarées. »

Citons encore l'opinion du Dr Toulouse (2) qui est analogue : « Bien que le danger de la contagion morale soit à peu près nul pour des cerveaux bien équilibrés, il est certain que le spectacle attristant et parfois émotionnant des fous et surtout l'existence monotone des asiles de province peuvent agir défavorablement sur des individus prédisposés... Il est à noter que les personnes qui y vivent ont souvent le caractère aigri et ont une certaine tendance à se croire victime de mauvais procédés de leur entourage. »

Morel (3) est beaucoup moins affirmatif au sujet de l'innocuité du séjour dans les asiles : « Les personnes qui pénètrent pour la première fois dans nos asiles ne manquent pas de nous demander si les personnes atta-

(1) Krafft-Ebing. *Traité clinique de psychiatrie.* Traduction française. Paris, 1897, page 203.
(2) Toulouse. *Les causes de la folie.* Paris, 1896, p. 86.
(3) Morel. *Traité des maladies mentales.* Paris, 1860, page 245.

Digitized by Google

chées au service des aliénés et appelées à leur donner des soins constants ne souffrent pas de ce contact. Je ne veux pas exagérer ce danger, mais j'ai la conviction que le milieu des maisons de santé et des asiles agit d'une manière fatale sur le système nerveux de beaucoup de personnes, et qu'il n'est pas possible à tout le monde de supporter la vue continuelle de tant de misères physiques et morales. Sous ce rapport, mon expérience pourrait évoquer de bien tristes souvenirs. Sans doute, on peut objecter que les tourments administratifs, auxquels tant de mes collègues ont été soumis, doivent peser pour beaucoup dans l'interprétation de la folie dont quelques-uns ont été les victimes, mais il n'en reste pas moins établi pour nous que le milieu a une grande influence sur la manifestation du phénomène pathologique. »

Gauser, Schule, Max Edel, dont le Dr Serieux (1) rapporte l'opinion, admettent la fréquence de l'hystérie, de la neurasthénie, de la névrose traumatique et d'autres affections nerveuses chez les infirmiers et les infirmières ayant accompli un assez long séjour dans les services d'aliénés.

Graf (2) et Kuhnen (3) ont publié des observations de contagion mentale survenue dans le personnel de leur asile.

Vigouroux et Juquelier (4) relèvent quatre cas de troubles psychiques et deux suicides dans un asile où en 35 ans se sont succédé 1.868 personnes employées

---

(1) Serieux : *L'assistance des aliénés, en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse.*

(2) Graf. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XLIII, 3 (Analyse, *Arch. de Neurol.*, 1888).

(3) Kuhnen : XXIIe Congrès des aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest (Analyse, *Arch. de Neurol.*, 1891).

(4) Vigouroux et Juquelier. *La contagion mentale.* Paris, 1905, p. 153.

Digitized by Google

(infirmiers, infirmières, médecins, etc.). Le pourcentage fourni par cette statistique est remarquablement faible et très inférieur à celui de la morbidité mentale dans le milieu ordinaire.

Rapportons enfin les douze observations recueillies en quatre ans par le Dr X..., dans un asile où séjournent environ 325 personnes (infirmiers, infirmières, employés, médecins et leurs familles).

Hommes. *Obs. I.* — A..., trente-quatre ans, infirmier; mélancolie avec délire hypocondriaque, tentative de suicide. L'internement fut jugé nécessaire.

Obs. II. — B..., trente-deux ans, infirmier; dégénérescence mentale avec délire de persécution à base d'interprétations; menaces de violences envers les personnes. Cet infirmier a quitté l'asile et a été perdu de vue.

Obs. III. — C..., vingt-huit ans, infirmier; débilité mentale, accès mélancolique de quelques semaines de durée, greffé sur un état habituel de neurasthénie.

Obs. IV. — D..., cinquante ans, infirmier; délire alcoolique subaigu à l'occasion d'un érysipèle de la face.

Obs. V. — E..., quarante ans, employé dans les services généraux; ancien alcoolique devenu tempérant, présente à plusieurs reprises des accès de délire hallucinatoire liés à de l'insuffisance hépatique; dans l'intervalle des accès on note une déchéance intellectuelle manifeste.

Obs. VI. — F..., cinquante-quatre ans, employé dans les services généraux; alcoolisme chronique, artério-sclérose, affaiblissement des facultés, idées de persécution.

Femmes. *Obs. VII.* — G..., trente ans, infirmière; débilité mentale, crises hystériformes, accès maniaque consécutif, d'une durée de huit jours, mais dont l'intensité nécessite l'internement.

Obs. VIII. — H..., vingt-six ans, ancienne infirmière de l'asile, femme d'un employé; débilité mentale, délire polymorphe avec excitation maniaque. Internement pendant cinq mois.

Obs. IX. — I..., trente-six ans, femme d'un employé; état mélancolique post-puerpéral avec idées de suicide; guérison après trois semaines.

Obs. X. — K..., vingt-cinq ans, fille d'un employé (obs. VI, F.), démence hébéphrénique; l'internement est devenu nécessaire.

Digitized by Google

Obs. XI. — L..., quarante ans, domestique chez un fonctionnaire ; délire de persécution avec hallucinations et interprétations multiples ; guérison après dix mois de traitement.

Obs. XII. — M..., dix-huit ans, domestique chez un fonctionnaire ; à deux reprises, à la suite de crises hystériques, délire hallucinatoire avec panophobie et tentatives de suicide, d'une durée de quelques jours.

(Il est bien regrettable que notre collègue ait négligé de signaler les antécédents héréditaires et personnels de ses malades, ou se soit trouvé dans l'impossibilité de les noter.)

Des documents fournis par le Dr X..., il résulte que la morbidité mentale est très élevée à l'asile de Y... : il y a en effet par an un cas de maladie mentale par 108 habitants. Nous ne pouvons comparer cette statistique à aucune autre, car elle représente la *morbidité totale* et les statistiques officielles se rapportent à la *morbidité administrative*, si l'on peut s'exprimer ainsi ; elles ne comptent que les cas ayant motivé l'internement.

Si, parmi les observations rapportées ci-dessus, nous ne conservons que celles des malades justiciables du placement dans un asile, nous avons encore six cas positifs (observations I, II, VII, VIII, X, XI) ; ce qui donne par an la proportion d'un aliéné pour 216 personnes.

Dans le département de la Seine, en 1900 (1), il y a eu une admission par 776 habitants ; à l'asile de Y... la morbidité mentale est donc beaucoup plus élevée.

Le personnel médical, qui vit en contact direct et constant avec les aliénés, entre pour moitié dans la proportion des malades, alors qu'il représente près des

(1) Tableaux mensuels de statistique municipale de la ville de Paris. Année 1900, n° 13, p. 18.

Digitized by Google

deux tiers de la population totale ; les employés des services généraux dont la tâche est beaucoup moins pénible et qui ont affaire à des aliénés chroniques et calmes comptent pour un sixième seulement des cas ; par contre un tiers des faits relatés (observations IX, X, XI, XII) concerne des personnes ne séjournant pas avec les malades internés.

La contagion de la folie n'apparaît donc pas comme évidente à la lecture des observations du Dr X... Mais une autre question subsiste, celle de *la fréquence* des troubles mentaux dans le milieu des asiles. A cette question nous n'aurons pas la prétention de donner une réponse catégorique basée sur le seul document qui nous a été fourni ; néanmoins, notre courte expérience personnelle nous autorise à attendre de nouvelles statistiques avant d'admettre que notre collègue soit tombé sur une série malheureuse ou un asile défavorisé.

Nous pensons que le milieu des asiles doit fournir une forte proportion d'aliénés pour des raisons indépendantes de la contagion mentale proprement dite.

Tout d'abord, comme il a été dit, les prédisposés trouvent là des causes occasionnelles nombreuses de verser dans la folie ; parmi elles il suffira de rappeler les fatigues, les traumatismes, les émotions pénibles, l'ennui professionnel.

En second lieu nous croyons avoir observé que les asiles sont un centre d'attraction pour les dégénérés, soit qu'ils éprouvent pour ce milieu l'attirance spéciale que provoquent chez eux l'étrange et l'anormal (phénomène analogue à celui de la fréquence des mariages entre psychopathes) ; soit qu'appelés à connaître les asiles à l'occasion de la maladie d'un parent, ils aient fini par s'y établir, la majorité pour des commodités diverses, quelques autres afin d'être auprès de leur malade ; soit enfin qu'ils veuillent étudier de près des

Digitized by Google

manifestations morbides dont ils sont menacés héréditairement ou même dont ils ont déja souffert.

Une dernière raison, et peut être la meilleure, pour laquelle les statistiques attendues fourniront vraisemblablement un pourcentage élevé, tient à ce que les aliénistes, placés dans des conditions d'observation exceptionnellement favorables, n'omettront aucun des cas légers ou douteux qui si fréquemment échappent à l'appréciation des médecins non spécialisés.

Nous terminerons ces quelques lignes en félicitant le Dr X... de l'initiative qu'il a prise et en nous mettant à la disposition de nos collègues pour réunir et publier dans un travail d'ensemble les données qu'ils voudront nous fournir.

Digitized by Google

Médecine légale

DE

LA SIMULATION

DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES CHEZ LES ENFANTS

Par le Dr Paul MOREAU (de Tours)

Suite et fin (1).

Dans la simulation, à quelle forme psychique l'enfant donnera-t-il la préférence?

Ici, il est à peu près impossible de poser une règle fixe. Il semble que l'enfant suit l'impulsion du moment et n'a d'autre guide que l'instinct.

Cependant, une analyse attentive des faits permet de supposer trois cas :

1° L'enfant qui simule n'a pas eu d'exemples sous les yeux ;

2° Il a eu des exemples ;

3° Il n'a pas eu d'exemples, mais c'est un héréditaire.

Reprenons ces trois hypothèses :

(1) Voir les *Annales* de mai-juin 1905.

Digitized by Google

1° *Le simulateur n'a pas eu d'exemple sous les yeux.* — Laissé à lui-même, c'est d'instinct qu'il se livrera à ces petites manœuvres frauduleuses qui doivent le faire parvenir au but qu'il veut atteindre et auquel il n'a pas réussi à arriver par les moyens naturels. C'est alors que mettant en jeu les ressources inventives de son esprit, il cherchera par un moyen approprié à sa nature celui qu'il pensera devoir lui réussir.

De là, ces simulations qu'on pourrait appeler bêtes, cousues de fil blanc, faciles à découvrir et auxquelles on ne se laissera prendre que si on le veut bien.

Colère. — C'est ainsi que nous trouvons tout d'abord la *colère*. Profond observateur, l'enfant a remarqué que ses pleurs et ses cris, plus que ses câlineries et ses prières, lui font obtenir de ses parents ce qu'il désire. Le moyen est bon, le moyen est simple, il saura le mettre à profit quand l'occasion s'en présentera. Si ses larmes restent sans effet, il ira plus loin et, moitié volontairement, moitié instinctivement, il jouera la colère. Il pleurera, il criera, trépignera jusqu'à ce qu'il ait obtenu gain de cause ou qu'une correction méritée ne lui ait démontré le peu de pouvoir de ce moyen. Dans tous les cas, cette grande colère tombe comme par enchantement. Une minute à peine suffit à ramener le rire sur ses lèvres. Ces faits sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'en donner des exemples. Jetons les yeux autour de nous, allons même plus loin et rappelons-nous ce que nous faisions, nous aussi, à un âge où le caprice et la satisfaction du moment présent était notre seule règle, et nous revivrons un instant ces années heureuses et sans soucis de notre enfance.

Mensonge. — Après la colère, nous voyons le mensonge. On sait la belle étude due à Bourdin, les intéressantes communications de Motet, à la Société médico-psychologique, sur les enfants menteurs.

Digitized by Google

Tous ceux qui peuvent avoir eu des enfants sous les yeux, les suivre, les étudier dans leurs actions journalières, ne sont pas sans avoir remarqué le plaisir du petit être à forger les histoires les plus invraisemblables. Pour peu qu'on l'écoute, qu'on ait l'air de croire à ce qu'il dit, on voit alors monter progressivement la gamme, les détails devenir plus nombreux, plus précis, et si un éclat de rire interrompt le conteur, un moment interloqué, il rit avec vous, voyant bien que vous n'êtes pas sa dupe, mais soutenant encore pour la forme la véracité de son récit.

Celui-là ment pour mentir, il ment pour lui-même, pour l'art, en quelque sorte. C'est celui que Bourdin appelle le « menteur instinctif ». Mais le menteur instinctif n'est pas toujours aussi innocent. Il arrive souvent, trop souvent même, que cet enfant peut causer par son mensonge de grands malheurs. Cela a lieu quand leur auteur est un de ces déshérités de la nature dont l'intelligence annihilée dans sa presque totalité présente cependant encore une lueur ; « or, ce qui reste, dit Bourdin, est consacré au mal ».

Trélat cite le fait d'un imbécile de dix ans qui, très menteur, avait fait le désespoir de sa famille en racontant à son père que sa mère s'était roulée sur le lit avec son cousin.

Tourdes a vu une jeune fille de neuf ans qui s'évertuait à égarer les recherches de la justice en édifiant avec beaucoup d'art une accusation de viol. Heureusement, le mensonge et l'immoralité de la prétendue victime ont été reconnues et les jeunes gens compromis ont été relaxés.

L'enfant ment consciemment, par calcul, pour échapper à une réprimande, par vengeance.

Motet cite l'exemple d'un enfant de douze ans qui, arrêté comme vagabond, raconte qu'ayant successivement perdu son père, chef de bataillon en retraite, puis sa mère, il est resté seul avec son frère.

Digitized by Google

Tous deux se sont mis à chercher de l'ouvrage, chacun de son côté ; n'ayant pas vu son aîné depuis trois jours, il s'est laissé prendre par les agents. Tout cela raconté avec un grand luxe de détails, en apparence fort précis. Informations prises, voici à quoi se réduisait la fable du petit prisonnier. Père vivant, ébéniste ; mère morte depuis six ans. Enfant en apprentissage dans une fabrique de pianos, très intelligent, mais très paresseux. Envoyé en courses, n'avait pas reparu à l'atelier. La crainte d'une verte réprimande l'avait empêché de rentrer. Il avait vagabondé trois jours et il avait été arrêté la nuit, endormi sur un banc (1).

L'enfant ment pour se venger. Ici le mensonge peut avoir des conséquences très graves pour ceux qui sont l'objet de ces dénonciations. En voici deux exemples :

On écrivait de Joigny, le 5 juillet 1890, que plusieurs journaux avaient parlé d'un double assassinat qui aurait été commis dans cette ville.

Or, cette lugubre affaire se réduisait simplement aux faits suivants :

Une enfant de quatorze ans, fille de saltimbanques, a déclaré au parquet de Joigny que son père a tué, dans l'espace d'un mois, sa sœur âgée de dix ans et son frère âgé de quatre mois. Or, il a été prouvé qu'il n'y avait rien de vrai dans tout ce récit et que cette enfant avait inventé cette histoire pour faire pièce à ses parents qui lui avaient administré une forte correction.

Une fillette de six ans et demi rentrait chez elle de l'école tout en larmes et se plaignait de ce que s'étant battue avec une de ses camarades, la sœur surveillante l'avait, pour la corriger, frappée avec un fer chaud et brûlée à trois endroits à la jambe.

Or, cette belle histoire se réduisait à ceci : l'enfant, d'un caractère assez turbulent, se disputait avec ses camarades ; la surveillante, pour faire cesser le tapage, l'aurait emmenée hors de la salle et placée en pénitence auprès d'un fourneau oú l'enfant se serait brûlée par mégarde (17 juillet 1890).

L'enfant qui a commis un acte coupable peut, après

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1887.

Digitized by Google

sa perpétration, reconnaître l'étendue de sa faute et chercher alors à s'y soustraire par la dissimulation et le mensonge.

En voici un exemple qui aurait pu avoir de terribles conséquences :

Un enfant de huit ans, Maurice B..., jouait dans la cour de la maison avec une petite voisine, Juliette M..., âgée de vingt mois.

La petite fille s'étant mise à pleurer, Maurice la saisit de ses deux mains par le cou et serra tant qu'il put. La pauvre enfant ne cria bientôt plus, et Maurice ayant desserré les mains, la petite fille tomba ne donnant plus signe de vie.

Maurice cacha l'enfant dans un placard dont il ferma la porte, en ayant soin de la caler avec deux briques pour qu'on ne put l'ouvrir en poussant de l'intérieur.

Un quart d'heure plus tard, comme on lui demandait où était la fillette, il répondit qu'il n'en savait rien et se mit lui-même avec les parents de l'enfant à la recherche de sa victime.

On découvrit bientôt Juliette qui n'était heureusement qu'évanouie et que des soins immédiats rappelèrent à la vie.

Comme antécédents nous relevons l'existence d'une méningite que Maurice a eue il y a quelques années et dont il n'a jamais été bien guéri ; puis son grand-père est mort fou dans un asile d'aliénés, 19 juillet 1891.

2° *Le simulateur a eu des exemples sous les yeux.* — Ici, pour jouer son rôle, il n'a qu'à imiter, ce dont il s'acquittera parfaitement, étant donnée sa facilité native qui le porte d'instinct à copier tout ce qu'il voit, le bien comme le mal, mais le mal surtout. C'est alors que nous voyons défiler :

A. — Les affections nerveuses.

B. — Les différentes formes de délire.

C. — Les troubles hallucinatoires.

Passons donc en revue ces différents cas :

A. Névroses. — La grande fréquence de la simulation des affections nerveuses est connue de tout le monde. Il n'est pas besoin d'être médecin pour les observer et

Digitized by Google

parfois les reconnaître, quoique cependant certains simulateurs sont tellement habiles qu'ils arrivent à en imposer aux hommes les plus compétents et qu'il faille souvent un temps assez prolongé d'examen pour découvrir la ruse.

Sans donc y insister trop longuement, il est bon de donner un exemple des trois formes les plus fréquentes : épilepsie, hystérie, chorée, ne parlant que pour mémoire d'autres affections plus rarement simulées, tics, paralysies, hémiplégies et dont Dufestel a donné une description complète.

a. Épilepsie. — Ici on trouve tous les degrés de la maladie, depuis le simple vertige à l'accès le plus complet.

La simulation peut être grossière et reconnue à première vue, ou au contraire tellement perfectionnée que la démonstration de sa fausseté est des plus difficiles.

Motet a signalé la fréquence de cette simulation chez les jeunes détenus.

Facile à imiter, l'épilepsie a de tout temps tenté les simulateurs, et les observateurs les plus anciens en ont donné des exemples.

Sauvages (1) en rapporte un fait curieux d'après Hecquet :

Une fille de sept ans simulait l'épilepsie avec tant d'art que personne à l'hospice ne suspectait sa ruse. Mais interrogée un jour si elle ne sentait pas un vent qui partant de la main allait au bras, puis au dos et à la jambe, elle répondit affirmativement. Hecquet prescrivit l'emploi des verges. En entendant ces mots, l'enfant fut guérie.

Tissot rapporte, d'après de Haen, deux cas de simulation d'épilepsie, l'un par une fille qui ne voulait pas aller en service, l'autre par un garçon qui ne voulait pas apprendre l'état de charpentier et rester dans la maison paternelle.

(1) Sauvages. *Nosologia methodica*, t. II, p. 94. Amsterdam, 1763.

Digitized by Google

Il ne se passe pour ainsi dire pas de jour que dans les services où sont internés les enfants épileptiques, on ne soit à même d'observer des cas semblables. Il est inutile d'y insister.

b. Hystérie. — Nous n'entendons parler ici que de l'attaque convulsive et rien de plus. Cette simulation est d'autant plus difficile à reconnaître que la jeune malade est déjà en puissance (le plus ordinairement) du caractère hystérique. Elle veut, malgré elle, à son insu, qu'on s'occupe d'elle, qu'on la plaigne, qu'on s'intéresse à sa personne. Dès lors un des moyens les plus à sa portée et qu'elle met le plus volontiers en pratique est la simulation des attaques complètes ou plus souvent encore d'un symptôme seul de nature hystérique.

M. Larcher, alors qu'il était interne de M. Roger à l'hôpital des Enfants-Malades, a observé une fillette qui était atteinte de hoquet. La vigilance de la religieuse avait surpris son absence complète pendant le sommeil. Les crises avaient lieu le jour et étaient plus violentes pendant la visite du médecin. Le but était d'obtenir un jouet qui, à peine arrivé, détermina la pseudo-malade à avouer en riant sa supercherie, et elle déclara très naïvement qu'elle avait bien l'intention de la continuer plus longtemps si on ne le lui avait enfin cédé.

M. Larcher ajoute que sur son invitation la fillette redonna sur-le-champ le spectacle d'une nouvelle crise qui s'arrêta ensuite dès que les assistants manifestèrent le désir de la voir cesser.

c. Chorée. — Les troubles choréiques sont des plus faciles à imiter et ne sont pas moins souvent simulés. Un exemple suffira :

Mlle M. C..., douze ans, présente des troubles choréiques intenses ; le corps entier est agité de mouvements et ne reste pas une seconde en repos. Cependant l'état général est bon, l'enfant dort bien, se nourrit convenablement.

Très intelligente, très vive, mais très paresseuse, elle passe volontiers sa journée à jouer, à s'amuser à toute espèce de

Digitized by Google

choses ; cependant quand elle veut, elle apprend facilement et retient bien ce qu'elle a appris. Hérédité absolument nulle.

Au premier abord ces mouvements exagérés semblent voulus. Certains signes nous confirment dans notre première supposition, que nous avions affaire à une petite simulatrice ou tout au moins à une enfant qui exagérait considérablement sa chorée, si toutefois elle existait réellement. L'histoire que la mère raconte sur le début de l'affection nous confirme dans notre manière de voir. La maladie, en effet, aurait éclaté brusquement quelques heures après une remontrance très vive sur sa paresse et l'intention formelle et irrévocable du père de la mettre au couvent. Sans rien laisser paraître nous la fîmes surveiller à son insu. Or, tant qu'elle se croyait seule, elle était calme, tranquille ; les mouvements reprenaient aussitôt qu'elle entendait venir quelqu'un. En présence de ces faits, il ne nous restait plus qu'à démasquer la malade, ce qui fut facile. Sur l'assurance qu'on ne donnerait pas suite au projet de la mettre en pension, elle avoua sa ruse. Cette enfant avait eu l'occasion de voir à plusieurs reprises une petite fille de son âge atteinte de chorée et qui passait dans la rue. De là lui était venue l'idée, dit-elle, de faire comme elle.

B. Délire. — La simulation des différentes formes de délires est beaucoup plus rare. Cependant la science possède un certain nombre d'observations qui certainement seraient beaucoup plus nombreuses si on connaissait mieux la folie chez les enfants.

Les troubles simulés sont de plusieurs sortes. Les plus simples consistent en l'imitation d'accidents cérébraux, céphalalgies, névralgies, etc. Ceux-ci nous n'en parlerons pas; mais nous nous arrêterons sur un phénomène bien plus remarquable déjà signalé par Schnœpf (1), sur une aberration simple des sentiments.

G..., Marie, est placée à la Salpêtrière le 28 février 1852 avec le certificat suivant : Agée de neuf ans et demi ; elle est atteinte de délire partiel datant de dix-huit mois, ayant débuté soudainement pendant la nuit. Dès lors, insomnie, désirs de com-

(1) Des aberrations du sentiment. *Thèse* de Paris, 1855.

Digitized by Google

mettre un meurtre pour boire le sang, besoin de déchirer et de détruire. Pas de commencement d'exécution si ce n'est qu'elle cachait un couteau pour tuer sa sœur. Maigreur, céphalalgie, chutes la nuit, émissions involontaires d'urine, pas d'accidents nerveux, pas de maladies antécédentes. — Signé : Lasègue.

Cette enfant ressemble physiquement à son père. L'extérieur de ce dernier est froid, méchant, son œil vif et intelligent n'a rien de tendre, sa parole est brève et sévère, son visage terne et maigre; ses cheveux sont bruns, sa taille est petite, ses membres sont grêles et les téguments qui les recouvrent sont d'une pâleur livide. Ses gestes sont décidés, ses mouvements prompts; il supporte difficilement les contradictions, est irascible, emporté, dissimulé. La mère de cette petite fille est morte des suites de couches et le père a pris une seconde femme. Il accuse la première d'infidélité; aussi il n'a jamais témoigné d'affection à l'enfant qu'elle lui a laissé. Une tante maternelle prend soin de celle-ci et l'élève dans de bons principes jusqu'à l'âge de sept ans. Depuis son retour sous le toit paternel, Marie supporte les tracasseries, la mauvaise humeur de sa belle-mère et le caractère impétueux d'un père indigne qui veut venger sur l'enfant une faute dont il croit que la mère a été coupable.

Toutes les caresses sont pour les enfants du deuxième lit; les mauvais traitements, les coups, les reproches sévères sont le partage de Marie. Elle conserve un fonds de chagrin et de tristesse, elle dépérit, elle maigrit; les voisins, souvent attendris par les cris et les gémissements étouffés de cette pauvre enfant, adressent au commissaire de police une plainte contre les parents.

Le magistrat interroge le père qui lui apprend que cette petite fille est douée du naturel le plus perverti, qu'elle ne témoigne d'affection à personne, qu'elle insulte sa belle-mère, qu'elle la menace de la faire mourir ainsi que sa petite sœur, issue du deuxième lit, et que les punitions les plus sévères ne produisent point de changement. De nouvelles tentatives devront être essayées pour faire éclore des sentiments affectifs dans l'âme de la petite fille et pour corriger ses mauvaises impulsions.

Les parents se plaignent aux voisins des mauvaises dispositions de leur fille; ils lui imputent les faits les plus monstrueux; la petite Marie jette l'effroi dans sa famille; elle veut couper sa belle-mère en morceaux pour sucer son sang; elle veut couper la tête à une petite sœur; elle a un besoin de sucer le sang

Digitized by Google

humain; elle détruit ce qui est à sa portée; elle déchire ses vêtements et ceux de ses parents; il faut la tenir attachée pour l'empêcher d'accomplir ses sinistres projets. Cette enfant ne sait ni lire ni écrire; au lieu d'aller à l'école, dit le père, elle va s'amuser avec les petits garçons. C'est un monstre affreux sous les dehors de la douceur et de la résignation.

Le commissaire de police intervenant une seconde fois, après de nouvelles plaintes de la part des voisins, trouve l'enfant attachée au pied d'un lit. Il l'interroge : elle avoue qu'elle voudrait tuer sa belle-mère pour sucer son sang, qu'elle en ferait autant de sa petite sœur, parce qu'elle est aimée plus qu'elle; que, préoccupée de ses idées de meurtre, elle ne dort ni jour ni nuit; que briser, casser, déchirer, est devenu pour elle un besoin. C'est pour éviter ces malheurs qu'on l'attache, etc... Un procès-verbal est dressé de tout cela, et la petite fille est placée à la Salpêtrière.

Nous apprenons, des gens de service, qu'à son entrée cette enfant était maigre, pâle, que son corps était couvert de contusions, que son visage sombre exprimait l'inquiétude, la frayeur; qu'elle baissait les yeux quand on lui parlait, restait muette, comme dans une sorte d'hébétude et d'anéantissement, ou bien elle répondait par oui ou par non. Quand on lui demandait si elle avait commis telle faute, c'était toujours *oui*. Ainsi, un jour il manquait un livre de classe; l'institutrice accuse Marie de l'avoir pris, celle-ci l'avoue, et on lui demande ce qu'elle en a fait; elle répond qu'elle l'a déchiré et qu'elle en a mâchonné les feuillets. On l'en punit par une douche, l'enfant supporte tout sans se plaindre, sans témoigner de colère.

A mesure qu'on put l'étudier, on reconnut qu'elle était hypocrite et sa dissimulation calculée et fixe. Elle témoignait de l'affection à ses supérieurs, elle les embrassait, faisait de faux rapports sur ses camarades; mais elle n'avait pas d'affection vraie, réelle, pour personne; elle obéissait, mais n'avait point de dévouement. Le besoin de sucer le sang humain ne se faisait pas bien sentir; on lui confiait des petits enfants dont elle aurait pu facilement sucer le sang. Quand une de ses camarades se piquait ou se coupait, elle n'en éprouvait aucune impression, et quand on le lui faisait remarquer, elle disait avec empressement : « Oh oui! j'aime bien le sang! » Mais il était facile de voir que c'était feint, que c'était un devoir et non un bonheur pour elle.

Elle était détestée, à cause de son hypocrisie, de toutes ses

Digitized by Google

compagnes; elle n'avait pas de camarade, elle n'avait d'abandon pour personne, aimait à rester seule, mais se rendait utile au ménage, et en classe son intelligence la plaçait à la tête des autres enfants de son âge; elle devint moniteur, et après dix-huit mois de séjour dans la division elle obtint le prix de bonne conduite. C'est depuis cette époque que nous la connaissons. La petite Marie avait à cette époque un peu plus de dix ans, sa taille était de 1^{m}225, ses muscles étaient grêles, elle avait peu d'embonpoint. Ses téguments étaient d'un rose pâle, son maintien composé, son air réservé et froid, son habitus extérieur n'est pas d'une petite fille de son âge..... Les organes des sens fonctionnent régulièrement, de même que les appareils de la vie végétative.

Les facultés intellectuelles sont développées comme chez les enfants les plus intelligents de son âge; elle est agile, adroite, légère à la danse, souple et active à la gymnastique. Toutes ces qualités physiques et intellectuelles manquent cependant de sentiment et de grâce; cette petite fille est toujours sombre et inquiète, froide et insensible à tout ce qui ne touche pas sa petite vanité ou son amour propre. Elle ne fait d'ailleurs d'autre mal que de rapporter de faux propos sur ses compagnes, en feignant un grand étonnement ou la soumission à ses supérieures. Mais elle ne montre ni colère ni même emportement; elle ne vole pas, quoiqu'elle se laisse toujours appeler voleuse et buveuse de sang. Pour avoir une certitude plus grande de ce que nous venons d'avancer, nous convenons avec l'institutrice de cacher un livre et d'accuser Marie de l'avoir volé et déchiré. Celle-ci convient en effet qu'elle l'a pris et anéanti. En lui montrant le livre intact et en lui prouvant qu'elle ne l'a pas volé, elle persévère dans son dire néanmoins, avec entêtement, soutenant que ce n'est pas le même, et finit par conserver le mutisme absolu.

Jamais, depuis lors, pareille scène ne s'est renouvelée; cette jeune fille n'a mérité que de l'encouragement dans sa bonne voie et des éloges pour sa conduite. Un jour même, en juillet 1853, à la veille de faire sa première communion, à cette époque solennelle où la conscience se dévoile dans toute sa nudité, Marie avoue à l'institutrice que sa belle-mère la maltraitait, que son père la frappait souvent pour lui faire dire qu'elle voulait tuer sa belle-mère et sa sœur, qu'elle avait besoin de sucer du sang; mais ce n'est qu'un aveu extorqué dans un moment solennel, aveu qu'elle désavoue le lendemain

Digitized by Google

et qu'elle n'a jamais voulu confesser. Elle avait frémi en le faisant. L'habitude contractée sous l'influence de la terreur semble être devenue une loi naturelle.

Le père qui est resté plus d'un an sans voir son enfant qu'il prétendait tant aimer, le père qui n'est même venu la voir qu'après avoir reçu plusieurs avis de l'administration, feint, au dire de tous les spectateurs, de faire des caresses à sa fille. Sa visite ne produit pas sur celle-ci cette douce impression, ce bonheur si naturel à un enfant qui n'a pas vu son père depuis longtemps. A la seconde et dernière visite, alors que le père reprend son enfant d'après l'ordre de l'administration, l'institutrice, à laquelle il témoigne de la reconnaissance pour le changement qu'elle a opéré chez sa fille, lui répond que Marie a toujours été une élève douce, obéissante et intelligente, qu'elle n'a jamais fait le moindre désordre, qu'elle n'a pas volé, qu'elle n'a pas montré les impulsions vicieuses signalées lors de son entrée à l'asile, et qu'elle n'a d'autre défaut qu'un manque de franchise nuisant à elle-même et à ses camarades. Le père, blessé, saisit son enfant brusquement et la tenant dans ses bras lui adresse des demandes qui laissent clairement voir les réponses à faire.

La petite fille avoue de nouveau, avec son air contraint et sombre, d'avoir tous les vices et défauts qu'on énumère. Le père dénaturé avait déjà repris tout son ascendant et l'exerçait despotiquement.

« Quel avenir est réservé à cette malheureuse enfant, ajoute le Dr Schnepf? La société ne devrait-elle pas se substituer dans les droits de parents indignes? Si les faits de ce genre ne peuvent être atteints par la justice humaine, ils excitent au moins l'indignation publique et appellent le châtiment de Dieu. »

Depuis l'époque où ces lignes étaient écrites, il a été beaucoup fait pour la protection de l'enfance maltraitée et abandonnée. Mais il reste encore bien des lacunes à combler, et il y en aura toujours. Etant donné l'élan naturel, l'aspiration légitime vers tout ce qui est bien, il est rationnel de penser que l'on arrivera non pas à la perfection, ce qui serait une utopie, mais à une perfection réelle et efficace. Certes, actuellement, étant

Digitized by Google

donnés les renseignements recueillis sur le père, Marie ne lui aurait pas été rendue. Elle aurait pu vivre éloignée d'une autorité paternelle coupable, et revenir avec des sentiments honnêtes à une existence normale.

Délires proprement dits. — Ici, plus que partout ailleurs, la fraude est le plus ordinairement grossière et les simulateurs se livrent à des manifestations tellement bizarres, tellement excentriques, qu'il est facile d'en dévoiler rapidement la nature. Sur ces faits nous n'insisterons pas, et nous appellerons l'attention sur des cas où on peut avoir une certaine peine à démêler la vérité.

Malmsten (1) rapporte à cet égard la très instructive observation d'un enfant de neuf ans qu'il vit en consultation avec un de ses confrères, le Dr Hölmströne.

Le jeune A. B... a toujours été bien portant, sauf une maladie inflammatoire des poumons peu après sa naissance. Il a parfois rendu des vers.

Deux autres enfants, plus âgés, de la même famille ont comme leurs parents une excellente santé. La grand'mère serait morte de phtisie. Un des grands-pères de sa mère est mort épileptique. Une autre personne de la famille a des attaques d'hystérie. On ne sait pas si le petit malade a jamais été témoin de l'une d'elles, mais elles ont été souvent minutieusement décrites en sa présence. Il a été littéralement gâté par une gouvernante qui l'a quitté l'année dernière. L'enfant a toujours été mince et fluet, mais bien développé d'ailleurs; comme il était le plus jeune de sa famille, il a été un peu gâté par ses parents. Il était très appliqué à l'école et il avait le sentiment de la musique tellement développé qu'il pouvait jouer sur le piano les morceaux qu'il avait entendus une seule fois. Dans ces derniers temps on avait observé chez lui une grande irritabilité de caractère, se manifestant par de l'indocilité et de l'entêtement. Il ne voulait pas reconnaître ses fautes, malgré le chagrin qu'il causait à ses parents.

(1) Maladies simulées. Trad. Thomas. *Annales d'Hygiène*, 1880, 3e S. T. IV.

Digitized by Google

L'été dernier il resta quelque temps aux bains de mer avec sa mère. Il y cherchait la solitude et pleurait souvent dans la crainte de ne pouvoir subir heureusement un examen scolaire que, d'ailleurs, il subit avec succès à son retour à Stockholm ; quelque temps après il rendit deux helminthes.

Je vis le malade pour la première fois le 4 septembre, après son examen scolaire; je trouvais un peu de catarrhe gastro-intestinal contre lequel je fis un traitement approprié.

Les vomissements et la diarrhée cessèrent, mais le petit malade ne put se lever et perdit complètement l'appétit qui du reste n'avait pas toujours été excellent. La mère raconte qu'il a eu des convulsions le matin, qu'il s'est démené dans son lit, à droite, à gauche, qu'il a jeté de tous côtés ses pieds et ses mains.

A mon arrivée l'enfant est tranquille quoique plus taciturne ; il répète souvent : « L'école! l'école! » D'après sa mère il redoute de ne pouvoir faire de progrès suffisants.

Huit jours après, le 11 septembre, les accès ont augmenté d'intensité. L'enfant ne peut se mettre au lit sans se lever à la hâte et se précipiter sur les genoux de sa gouvernante. Il jette ses bras autour de son cou, s'agite, pleure, bégaye des monosyllabes incompréhensibles et cela pendant une heure ou plus longtemps. Epuisé à la fin, il demande de l'eau, étend les bras et les jambes, se couche silencieux, taciturne même, mais néanmoins calme, tranquille, répondant intelligemment à toutes les questions. Il dit qu'il n'est plus menacé de nouveaux accès.

Le 15 *septembre*, consultation avec le Dr Kjelberg. Au moment de l'examen l'attaque était finie, l'enfant calme; on pense que tout dépend du catarrhe gastro-intestinal et on prescrit un traitement en conséquence.

Le 30 *septembre*, les accidents ont changé de caractère. L'enfant, qui avait bien dormi pendant toute la nuit et avait pris le matin du pain dans du café au lait, commença à 9 heures à sauter tout autour de la chambre, à jeter sur le parquet les couvertures du lit, ce qu'il y avait sur les tables, les chaises et jusqu'aux portes du poêle. Il mord, il frappe et pince sa mère lorsqu'elle entre dans la chambre, grimpe à un chiffonnier qui s'y trouve. Il saute sur les épaules de son père, saisit les chaînes du rideau de la cheminée et essaie de se les passer autour du cou. Il court à droite, à gauche, une main sur la poitrine, une autre sur la tête, le cou penché en avant en

Digitized by Google

balbutiant toujours des monosyllabes. Il demande souvent de l'eau, quelquefois à manger, continue de sauter pendant ce temps. Il n'a que sa chemise, est sale, urine dans la chambre et néanmoins comprend ce qu'on lui dit. L'accès ne finit qu'à 8 heures du soir. Un médecin déclara que l'enfant était fou. Le professeur Abelin, appelé en consultation, ne peut se prononcer sur la nature de la maladie. L'accès se prolongea ainsi jusqu'à ce que l'enfant s'endormît.

1er *octobre*. — Depuis 9 heures du matin l'enfant gambadait. On avait parlé la veille de l'emmener à l'asile de Konradsberg, et la famille X avait consenti devant l'enfant. A mon entrée dans sa chambre il s'était levé et se tenait aux vêtements de sa mère, et la mordait, la frappait, la pinçait, ne voulait pas la laisser sortir de la chambre et, chaque fois qu'elle entrait, il la maltraitait en l'appelant « vilaine ». Je le séparai de sa mère et le fis sortir. Il se mit alors à jeter à terre les couvertures du lit en continuant à crier, à frapper et à appeler sa mère. Quand il eut continué de la sorte pendant une heure, il vacilla comme s'il allait tomber; j'empêchai la gouvernante de le soutenir. Il s'étendit paisiblement sur les couvertures et se laissa ensuite coucher sans difficulté.

Le 8 *octobre*. — Jusqu'à ce jour il est resté au lit parfaitement tranquille. Mais il crie si haut plusieurs fois pendant la journée qu'on a pu l'entendre dans les environs de la maison.

Le 12 *octobre*. — Pendant deux heures l'enfant a été très agité; le tronc est projeté alternativement en avant et en arrière; le point d'appui est tantôt sur la nuque et tantôt sur les talons.

Le 23 *octobre*. — Je prépare une sérieuse admonestation pour l'enfant, bien que je ne sois point persuadé que tous les phénomènes ne sont pas sous la dépendance d'une affection cérébrale. Il a toujours été tranquille depuis que j'ai menacé de lui faire quitter la maison.

Enfin, après quelques crises réitérées, M. Malmsten le force à avouer. Il avoue tout et promet d'être sage à l'avenir. Depuis il a toujours été sage et bien portant et il continue ses études.

« C'est là, dit M. Malmsten, un exemple frappant des inconvénients que peut avoir pour les enfants l'indulgence exagérée de leur bonne ou de leurs parents. Ces

Digitized by Google

petits êtres spéculent avec une incroyable habileté sur leur faiblesse et en profitent pour tromper et tyranniser ceux qui les entourent. Je suis absolument convaincu que si celui qui a fait l'objet de la précédente observation fût resté quelque temps encore dans le même état, il eût été affligé, peut-être fou pour le reste de ses jours. »

Lypémanie. — La lypémanie est moins facile à découvrir, surtout si elle est simulée par un enfant intelligent.

Nous avons personnellement connu un enfant de dix ans qui, un beau jour, alors qu'il voyageait à l'étranger avec ses parents, fut pris brusquement d'un accès sombre de mélancolie.

Il ne disait plus rien, restait indifférent à tout ce qu'il voyait (du moins en apparence), ne répondait rien ou, s'il y était forcé, ce n'était que par monosyllabes. Cependant l'état général était satisfaisant, le sommeil bon, les fonctions régulières. En l'absence de toute cause connue, de tout trouble fonctionnel, le père eut le bon esprit de ne pas s'en occuper (ouvertement du moins), et le laissa agir à sa guise. On lui parlait comme d'habitude, en un mot rien ne fut changé. Deux ou trois jours après, l'enfant reprit sa gaieté, se remit à parler et à prendre part à tous les incidents du voyage. On le laissa faire et on ne lui parla de rien. Ce ne fut qu'à son retour à Paris, alors qu'on pouvait raisonnablement croire que tout était fini et bien fini, qu'on lui demanda ce qui lui avait pris en voyage, pourquoi il était triste, ne parlant pas, n'ayant l'air de s'occuper de rien. Avec une franchise dénuée d'artifice, l'enfant avoua qu'il avait joué la comédie pour punir ses parents de lui avoir refusé la permission d'acheter un objet dont il avait envie et qu'il voulait rapporter comme souvenir. Il avoua avoir été très vexé de voir que sa comédie n'avait pas réussi au gré de ses désirs, et qu'il avait espéré mieux. Quand au bout de deux jours il avait vu qu'on ne faisait pas attention à sa longue mine, qu'on lui parlait comme si rien n'était, il jugea qu'il était inutile d'aller plus loin et reprit son aspect de tous les jours. Il ne sait pas, si on s'était occupé de lui, si on avait paru inquiet de sa santé, il n'aurait pas persisté plus longtemps.

Hallucinations. — Les hallucinations ont été égale-

Digitized by Google

ment simulées par l'enfant. Cependant c'est un fait assez rare et dont la certitude est assez difficile à constater.

Nous avons connu, dans le service que dirigeait mon père à la Salpêtrière, une enfant d'une dizaine d'années qui était un véritable fléau pour tout le monde; non contente de tourmenter et de taquiner ses camarades, elle portait sans cesse des faux rapports sur les uns et les autres. Elle ne savait qu'inventer pour mettre ses filles de service en faute. Quand, après une admonestation sévère, elle restait un peu plus tranquille, alors elle inventait des maladies pour qu'on s'occupât d'elle. Elle imitait principalement ce qu'elle voyait autour d'elle; tantôt c'étaient des cris, des convulsions, des spasmes, des hoquets; tantôt elle faisait l'inspirée et jouait la comédie d'une hallucination. Elle avait même acquis dans ce genre un certain talent, assez curieux à examiner.

La jeune Marie avait pris l'habitude de crier au milieu de la nuit; elle avait peur, disait-elle, il lui fallait quelqu'un auprès d'elle. Puis elle demandait à boire de l'eau sucrée ou du sirop. Au bout d'un certain temps de ce manège, ses parents, convaincus qu'il étaient dupes de leur fille, restèrent sourds à ses appels. L'enfant, après avoir bien crié, finissait par s'endormir. A la longue le père prit le seul bon moyen. Une nuit, ainsi qu'à l'ordinaire, l'enfant jouait sa petite scène, il se leva et administra le fouet. Ce remède agit comme par enchantement. Ce fut fini. Marie avoua après que le premier jour elle avait eu un cauchemar et réellement peur, mais qu'ensuite elle avait trouvé bons les sirops et les bonbons qu'on lui donnait la nuit, et qu'elle avait continué ses cris pour en avoir.

Cette enfant, devenue aujourd'hui une grande belle fille, jouit d'une excellente santé, n'a jamais rien éprouvé et rappelle en riant cette histoire de son enfance.

Suicide. — La simulation du suicide est assez rare. Nous en avons signalé un cas à propos de la manie, mais ce n'est en quelque sorte qu'un épisode perdu dans l'ensemble.

Le suicide en tant que suicide est simulé par de tout jeunes gens, des enfants encore.

Le 28 juin 1892 a comparu devant le tribunal de Pontoise un jeune homme de dix-neuf ans, H. C..., qui avait dans un

Digitized by Google

hôtel de cette ville donné un coup de couteau à Georgette L..., âgée de dix-sept ans, et s'était ensuite frappé de la même arme. Condamné à quatre mois, il a bénéficié de la loi Bérenger. Georgette a déclaré à l'audience qu'elle s'était prêtée à un petit simulacre de suicide en partie double, pour décider ses parents à consentir à son mariage avec H. C...

Simulation à deux. — On connaît les cas de folie à deux si bien étudiés par MM. Lasègue et Falret. Par analogie on a décrit le suicide à deux (Schpolianski), le crime à deux (Moreau de Tours). On peut ajouter la simulation à deux. C'est là un fait assez bizarre et qui nécessiterait une étude spéciale. Nul doute qu'on ne retrouve dans cette catégorie les mêmes phénomènes psychiques des autres classes.

A priori, on peut affirmer le même processus : pour exister chez l'adulte, la simulation à deux n'est pas moins étonnante chez l'enfant.

Eross rapporte le cas de Mlle K. T..., quatorze ans, et E. T..., treize ans, filles d'un portefaix de Budapest, admises le 20 février 1881 à l'hôpital. L'aînée se plaint de douleurs intercostales depuis deux mois, et la plus jeune de névralgies dans les tempes durant depuis cinq semaines. Elles viennent depuis quinze jours à la consultation de l'hôpital avec les mêmes plaintes stéréotypées. Nous pensons aussitôt qu'il s'agit moins de névralgie intercostale ou temporale que de simulation, d'autant plus que les points qu'elles nous indiquent comme douloureux restent indolents à la pression quand leur attention est détournée. Du reste ces points ne sont pas constants ; elles se contredisent continuellement. Par notre intervention énergique nous réussissons à leur faire avouer la simulation, mais aucune d'elles n'avoue le motif.

La ruse a certainement résulté de l'appui mutuel qu'elles se prêtaient.

Résumé. — Nous terminerons ici cette étude de la simulation dans l'enfance. Nous n'ignorons pas combien grandes sont les lacunes de ce travail ; mais il faut reconnaître que le manque de faits et d'obser-

Digitized by Google

vations rendent bien difficile une appréciation détaillée. Nous avons tenu avec le peu de faits que nous avons trouvé dans les auteurs ou qui nous sont personnels à présenter plutôt le plan d'un travail qu'un travail même. Nous avons voulu surtout attirer l'attention de nos confrères sur des faits peu connus et les engager à ramasser des matériaux pour l'avenir. La connaissance de la simulation mentale de l'enfant peut avoir de sérieuses conséquences pour le mode d'éducation à suivre, les précautions à prendre pour diriger l'intellect de ces enfants, combattre leur tendance fâcheuse, en un mot établir une prophylaxie qui pourra peut-être les mettre à l'abri des menaces de troubles psychiques à l'âge adulte. En effet, l'enfant qui simule n'est pas, le plus souvent, un sain d'esprit. C'est un prédisposé, un héréditaire, c'est un candidat à l'aliénation. Si donc on peut de bonne heure redresser ce caractère, ces tendances, on peut arriver à avoir quelques chances de pallier l'avenir.

Bien que trop restreints, les faits que nous avons donnés suffisent pour montrer de quelle nature peuvent être les causes qui poussent l'enfant à simuler, que toutes n'ont pas la même valeur, que les unes sont insignifiantes, les autres au contraire d'une gravité exceptionnelle, et que dans tous les cas il ne faut pas laisser de côté ces tendances de l'enfant qui peuvent avoir une influence désastreuse pour l'avenir.

— La simulation des maladies mentales et nerveuses existe dans le jeune âge.

— L'enfant simulera généralement pour une cause futile, quelquefois pour une cause grave.

— L'enfant simule le plus souvent par irritation, par instinct, par ordre.

— La forme employée est très variable :

Si l'enfant n'a pas eu d'exemple sous les yeux, il

Digitized by Google

simulera une forme simple, naturelle (colère, mensonge...).

S'il a eu des exemples, alors la forme sera celle d'une affection nerveuse (hystérie, épilepsie, chorée), ou mentale (délire, manie, lypémanie, hallucinations, etc.).

Si l'enfant n'a pas eu d'exemple sous les yeux, mais est un héréditaire, on aura l'aberration du sentiment.

— L'enfant simule parfois le suicide.

— La simulation à deux a été aussi observée.

Digitized by Google

Établissements d'aliénés.

QUELQUES RÉFLEXIONS

SUR LE

RECRUTEMENT DES INFIRMIERS DANS LES ASILES

SUR LA JOURNÉE DE HUIT HEURES ET SUR L'ORGANISATION DES RETRAITES

PAR LES Drs

BELLETRUD et **MERCIER**

Directeur médecin — Médecin adjoint

de l'asile de Pierrefeu (Var).

Il n'est pas facile d'assurer le bon recrutement des infirmiers de nos asiles. Il semble même que l'amélioration générale des salaires ait augmenté les difficultés de ce recrutement. Beaucoup de nos meilleurs employés nous quittent au bout d'un certain temps, parce que l'industrie privée leur offre des situations préférables à celles que nous pouvons leur assurer. Nous devrions, au contraire, enlever à l'industrie l'élite de la classe ouvrière. Pour cela, il nous faut améliorer notablement le sort de l'infirmier en lui offrant une situation enviable dans le présent, et en lui garantissant l'avenir.

L'évolution est si rapide en ces matières, qu'il n'est déjà plus inutile de jeter un coup d'œil d'ensemble sur

Digitized by Google

cette question, qui a fait le sujet d'un rapport à l'un de nos derniers congrès.

Nous laisserons tout à fait de côté ici la question des aptitudes professionnelles, nous ne toucherons pas non plus à celle des écoles d'infirmiers. Nous nous bornerons à rechercher quels sont les moyens propres à attirer et à retenir dans nos asiles une élite capable de fournir de bons infirmiers.

La première chose à faire dans ce but, nous semble-t-il, c'est de répartir d'une façon équitable les heures de travail et de repos. Actuellement, il existe encore un certain nombre d'asiles où la distinction n'est pas faite nettement entre le service de jour et le service de veille. Cette distinction est pourtant indispensable pour le bon fonctionnement du service. Sans elle, on risque souvent de faire garder les malades par un personnel surmené.

D'ailleurs le Congrès de Limoges a reconnu, sans hésitation, la nécessité d'assurer la garde des malades à l'aide de deux équipes distinctes : l'une pour le service de jour, l'autre pour le service de nuit. Cette distinction en deux équipes existe déjà en fait dans un certain nombre d'asiles. Dans ces asiles privilégiés, la grande majorité des infirmiers prend le service à 6 ou 7 heures du matin pour le quitter à 8 heures du soir. D'autres infirmiers, dits veilleurs, assurent la garde des malades de 8 heures du soir jusqu'au matin.

C'est déjà un grand progrès sur les errements du passé. Et cependant, si nous mettons la situation de l'infirmier en parallèle avec celle de la plupart des ouvriers, ne voyons-nous pas que ceux-ci jouissent de beaucoup plus de liberté ? Cette inégalité sera encore plus choquante si on compare la situation de nos infirmiers à celle des employés de certaines grandes administrations.

Nous pensons qu'il y a lieu, dès maintenant, de se demander s'il ne serait pas possible de répartir sur trois

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUL 18 1906

Digitized by Google

équipes le travail de la journée. En faisant travailler nos infirmiers pendant huit heures seulement sur vingt-quatre, il serait possible d'établir un roulement qui permettrait à tous de jouir d'un peu de liberté. L'organisation des services sur cette base serait des plus aisées.

Nous n'ignorons pas d'ailleurs qu'une telle réforme n'irait pas sans une forte augmentation des dépenses. Pour avoir une idée de ce que sera cette augmentation, nous avons pris pour exemple l'asile de Pierrefeu.

Dans cet asile, pour une population moyenne de 800 malades, le nombre total des employés du service médical est de 80 ; sur ce chiffre nous comptons 60 employés de jour et 20 de nuit. En cas de formation d'une nouvelle équipe, c'est celle de jour qui devrait être presque entièrement doublée. Il faudrait ici, au moins, 52 unités de plus.

Or, l'unité coûte en moyenne, par jour :

Espèces	Fr.	1 50
Nourriture		0 76
Habillement		0 13
Blanchissage		0 05
Logement		0 10
Total	Fr.	2 54

Pour 52 unités cela fait 132 fr. par jour, et 48.000 fr. par an.

Malgré la forte augmentation de dépenses qu'entraînera la formation d'une troisième équipe, nous ne désespérons pas de voir cette réforme se faire bientôt dans le Var. Le Conseil général de ce département a, en effet, voté, en principe, l'application de la journée de huit heures à tous les services départementaux.

Mais en attendant que les esprits s'ouvrent à cette idée, que nous nous réservons de développer à nouveau plus tard, nous pouvons chercher des améliorations plus faciles à réaliser, et tout d'abord rémunérer plus conve-

Digitized by Google

nablement notre personnel actuel. La rémunération du travail se fait encore à peu près partout, partie en nature, partie en espèces. L'infirmier est logé à l'asile, il y est chauffé, éclairé, blanchi, vêtu, nourri. Dans ces conditions, la vie de famille est absolument impossible. L'infirmier et l'infirmière ne peuvent avoir d'intérieur.

En ce qui concerne le logement, de notables améliorations ont déjà été apportées au sort de trop rares infirmiers. Les infirmiers mariés sont parfois autorisés à posséder, en dehors de l'asile, un logement dans lequel ils vont passer leurs heures de repos. Certains, même, touchent une indemnité de logement. C'est ce dernier système qui est déjà employé très largement à Pierrefeu. Infirmiers et infirmières mariés reçoivent une indemnité qui leur permet de se créer, hors de l'asile, un petit intérieur.

En d'autres endroits on a construit, dans l'intérieur de l'asile, des maisons convenables, où les infirmiers et les infirmières mariés peuvent vivre avec leur famille. Les petites maisons de Villejuif sont un type de ce qu'on peut faire dans cette voie.

Ces deux systèmes, logement en dehors avec indemnité et système de Villejuif, présentent certains inconvénients. Le système de Villejuif est mal compatible avec la liberté complète qui est due à l'infirmier en dehors de ses heures de service. Celui du logement au dehors a l'inconvénient de faire vivre l'infirmier dans des conditions d'hygiène défectueuses. Ce sont des logements ouvriers que nos infirmiers occupent au dehors, et nous savons tous ce que sont encore trop de ces logements.

La vraie solution du problème nous paraît être dans la création, aux frais du budget départemental, de cités ouvrières analogues à celles qu'édifient les sociétés d'habitations ouvrières à bon marché.

Digitized by Google

Le Conseil général du Var a voté, sur la proposition de l'un de nous, les fonds nécessaires à l'édification d'une telle cité à proximité, mais en dehors, de l'asile de Pierrefeu. Le terrain est acheté, les plans sont faits, les fouilles commencées. De chaque côté d'un large boulevard s'étendra une rangée de maisons basses, précédées chacune d'un jardinet. Chaque maison comprendra une cuisine et trois autres pièces. Derrière la maison, une cour avec un lavoir. L'eau et l'éclairage électrique viendront compléter le confort de ces petites habitations où chaque ménage jouira d'une liberté absolue.

Cette liberté sera encore plus sensible si, rompant avec une coutume trop invétérée, tous les autres avantages en nature sont convertis en une indemnité payée en argent. Dès lors, l'infirmier sera aussi libre de lui-même que n'importe quel ouvrier.

Sans doute, le remplacement des avantages en nature par une indemnité représentative n'ira pas sans quelques dépenses supplémentaires; mais, en revanche, les services généraux seront déchargés d'une notable part de travail, et le nombre des employés de ces services pourra être réduit.

Quant au traitement en espèces, nous pensons qu'il devrait être unifié d'un bout à l'autre du territoire.

Pour le moment, il est impossible de fixer ici des chiffres. Le Congrès de Limoges avait fort justement demandé qu'un minimum fût imposé, et avait fixé ce minimum à 30 francs.

Nous passerons rapidement sur quelques avantages inhérents à la position d'infirmier. Nous mentionnerons la gratuité des soins médicaux et des médicaments. Nous rappellerons, pour mémoire, que les infirmiers bénéficient de la loi sur les accidents du travail. Nous arriverons de suite au point principal de cette étude, qui est de rechercher quel avenir nous pouvons garantir à

Digitized by Google

nos infirmiers au terme des services qu'ils rendent à la société.

Il n'existe encore à ce sujet aucune disposition générale, à part celle établie par l'article 114 du règlement ministériel du 20 mars 1857.

« Art. 114.— Sur la demande du Directeur, un arrêté « du Préfet, soumis à l'approbation du Ministre de l'In- « térieur, pourra accorder la position de reposant à tous « les employés résidant dans l'établissement et qui « n'auraient point été adjoints aux caisses de retraites « départementales. »

Article qui est ainsi commenté dans la circulaire ministérielle jointe au règlement :

« La position de reposant ne pourra être accordée « qu'aux préposés qui compteront, au minimum, dix « années de service dans l'établissement. Il pourra, tou- « tefois, être fait des exceptions à cette règle en faveur « de ceux qui auraient été précédemment attachés à un « établissement public de charité, ou que des infirmités « résultant notoirement de l'exercice de leurs fonctions « mettraient, avant cette époque, dans l'impossibilité « de les continuer. Pour être soumis à mon approbation, « les arrêtés dont parle l'article 114 devront être accom- « pagnés de la demande du Directeur, de l'avis de la « Commission de surveillance, d'un certificat médical, « s'il y a lieu, et d'une notice individuelle faisant con- « naître les nom, prénoms, âge, durée des services et « titres particuliers du candidat. »

A l'époque où parut le règlement sur les asiles, de telles dispositions pouvaient sembler suffisantes. Aujourd'hui, elles sont tout à fait en retard sur le progrès général de la société. Sans doute, la possibilité pour les directeurs de faire accorder la position de reposant à leurs vieux employés a rendu, rend encore de grands services; mais c'est autre chose qu'il faudrait offrir à nos vieux

Digitized by Google

infirmiers, disons mieux, c'est autre chose que la société leur doit.

Dans son rapport au Congrès de Limoges, notre collègue, M. Taguet, citait en exemple les asiles de la Seine. Dans ces asiles le personnel, dit secondaire, n'est pas admis à la caisse des retraites du département ; mais il est accordé au personnel de ces asiles, après vingt-cinq années de service, une indemnité représentative de repos calculée à raison de la moitié du traitement total d'activité. Pour calculer ce traitement d'activité on ajoute au traitement en argent des sommes représentant la nourriture, le logement, l'habillement.

L'arrêté prévoit le cas des indemnités proportionnelles en cas d'infirmités, après dix ans d'exercice, dans les asiles de la Seine. Il autorise aussi les employés à faire compter, pour la retraite, le temps passé par eux dans l'armée et dans certaines administrations.

Le seul inconvénient de ce système, c'est que l'indemnité de repos n'est pas reversible sur la tête d'un époux survivant, et s'éteint entièrement avec le titulaire.

Dans la Seine, pour remédier à cette situation, le personnel secondaire s'est formé en association amicale subventionnée par le département.

Dans son rapport, M. Taguet citait encore l'asile de Naugeat, où l'indemnité de repos est calculée comme dans la Seine, mais n'arrive, à cause de la différence de traitement, qu'à un chiffre tout à fait insuffisant.

Pour conclure, M. Taguet demandait que la situation de reposant ou reposante qui, dans beaucoup d'asiles, a quelque chose de pénible et de dégradant, fût supprimée pour faire place à une indemnité de repos qui serait déterminée de la manière suivante :

« Art. 1er. — Les agents du personnel secondaire des « asiles d'aliénés recevront, après vingt-cinq ans de ser- « vice dans ces établissements, une indemnité repré-

Digitized by Google

« sentative de repos qui devra être la moitié du traite-
« ment intégral en argent et des indemnités représen-
« tatives diverses de nourriture, de logement et d'habil-
« lement. »

« Art. 2. — Pour les agents ne comptant pas vingt-
« cinq années de services, une indemnité proportionnelle,
« en cas d'infirmités, pourra leur être accordée, après
« dix ans au moins de services. »

« Art. 3. — En cas d'infirmités contractées à l'occa-
« sion du service et qui mettront l'agent dans l'impos-
« sibilité d'être conservé, l'indemnité de repos leur sera
« liquidée quelle que soit la durée de ses années de ser-
« vices. Dans aucun cas cette indemnité ne sera infé-
« rieure à 500 francs. »

« Art. 4. — En cas de décès, la moitié de l'indem-
« nité de l'ayant droit est reversible sur la tête de la
« veuve en tant qu'elle ne jouit pas elle-même d'un
« traitement d'activité. »

Au cours de la discussion qui suivit la lecture du rapport, quelques idées furent présentées.

M. Bourneville appuya le vœu de M. Taguet, et préconisa le système de la Seine, qu'il a contribué, plus que personne, à faire adopter.

M. Giraud proposa de rendre obligatoire l'affiliation des employés à une société de secours mutuels. Il demandait que les versements fussent assurés en partie par le personnel lui-même, en partie par l'asile.

M. Doutrebente apprit au Congrès qu'après de vains efforts pour faire admettre ses agents à la Caisse départementale des retraites, il avait pris le parti de laisser à ses vieux employés le choix entre la reposance et une indemnité de 500 francs.

M. Briand propose de créer, pour chaque employé, un livret d'épargne.

L'asile et l'employé verseraient à ce livret chacun par

Digitized by Google

moitié. Les livrets pourraient se transmettre d'un asile à l'autre.

M. Drouineau préconisa le système des retraites départementales. Finalement, le Congrès émit le vœu suivant :

Les reposants sont maintenus, mais ils seront libres de faire convertir cette situation en une indemnité de repos qui sera de la moitié du traitement, y compris les avantages en nature.

En réalité, en dehors de la position de reposant, les infirmiers et infirmières de la grande majorité de nos asiles n'ont encore rien à attendre de l'avenir.

Nous possédons actuellement à ce point de vue des renseignements sur 44 asiles ; sur ces 44 asiles, 34 n'ont à leur disposition que la reposance. 10 seulement peuvent servir une pension en argent.

Il faut les diviser en 3 catégories : 5 d'entre eux, ceux d'Aix, de Braqueville, de Saint-Robert, de Naugeat, de Quimper, laissent à l'infirmier le choix entre la reposance ou une pension viagère qui, en général, ne dépasse pas 500 francs.

Dans l'asile d'Aix, par exemple, cette pension, dénommée secours viager, est votée par la Commission de surveillance et soumise à l'approbation préfectorale. Ces secours viagers sont prévus au budget de l'asile au titre « Indemnités diverses ». Ils sont accordés dans les conditions prévues par la reposance, par le règlement du service des asiles. Ils ne donnent lieu à aucune retenue sur les traitements. Ce système ne saurait d'ailleurs être une solution recommandable, car il ne permet pas de donner des pensions assez fortes.

C'est cependant de ce système qu'il faut rapprocher celui adopté par les asiles de la Seine. Mais dans la Seine, les fonds votés par le département assurent une retraite convenable.

Digitized by Google

En outre, un règlement préfectoral détermine exactement les droits de chacun à l'indemnité de repos. Dès son entrée dans un asile de la Seine, l'infirmier peut songer avec une certaine sécurité à sa retraite future.

Nous ne connaissons que quatre asiles qui assurent à leurs infirmiers une véritable retraite. Ces quatre asiles sont ceux de Sainte-Catherine (Allier), de Saint-Alban (Lozère), de Cadillac (Gironde), et de Dury (Somme). Dans ces asiles, on a eu recours à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse. Cette excellente institution permet à tous de se constituer une retraite dont le maximum est fixé à 1.200 francs, à l'aide de versements qui varient suivant l'âge du sujet, le nombre de versements, et suivant que le capital est réservé ou aliéné.

A Sainte-Catherine, les versements se composent : 1° d'une retenue sur le salaire des employés ; 2° d'une part contributive fournie par l'asile.

Dès le premier versement, les employés deviennent titulaires d'un livret de la Caisse nationale. La retenue porte exclusivement sur le salaire en argent, à l'exclusion de toute évaluation des avantages en nature ; elle est de 5 p. 100 du traitement. La part contributive de l'asile est basée sur les salaires en argent et la durée des services. Elle atteint 5 p. 100 du traitement pendant les cinq premières années de service, puis augmente de 1 p. 100 tous les cinq ans, si bien qu'après vingt-cinq ans de services elle est de 10 p. 100 ; à partir de ce moment, elle n'augmente plus.

Les versements provenant des retenues sont à capital réservé ou aliéné, au choix de l'employé; ceux qui constituent la part contributive de l'asile, sont faits à capital réservé au profit de l'asile donateur pendant les cinq premières années ; après ce temps, l'asile en fera l'abandon définitif au profit de l'agent. A tout instant,

Digitized by Google

l'agent a la faculté d'augmenter ses versements de ses deniers personnels.

Le règlement de Sainte-Catherine nous paraît avoir tiré un excellent parti de l'organisation de la Caisse nationale des retraites.

A Saint-Alban, les dispositions, quoique très bonnes, sont un peu moins libérales. Les versements sont assurés par la caisse de l'asile à raison de 5 p. 100 du montant des gages annuels pendant les dix premières années de service, 8 p. 100 de la dixième à la vingtième année de service, 10 p. 100 au-dessus de vingt ans de service. Les versements sont tous faits à capital réservé au profit de la caisse de l'asile donateur.

Tel est à peu près aujourd'hui l'état de la question. Résumons-la en quelques mots.

Dans la plupart des asiles, il n'existe que la reposance.

Dans quelques-uns, la reposance peut être remplacée au gré de l'employé par une indemnité représentative de repos en général insuffisante.

Dans une région, celle des asiles de la Seine, cette indemnité calculée sur des bases très larges permet d'assurer à l'employé une pension très convenable. Cette organisation ne mériterait que des éloges, si cette pension pouvait se reverser en partie sur l'époux survivant ou les enfants.

Enfin, quelques asiles se servent, pour organiser leurs retraites, de la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse. Les retraites obtenues jusqu'ici ont été tout à fait insuffisantes. Mais, dans le cas où l'asile ne reculerait pas à s'imposer une charge un peu lourde en prenant une base plus large pour le calcul des retenues, ce système pourrait donner d'assez bons résultats. Il a le grand avantage de permettre d'attribuer à chaque employé un livret qui peut le suivre hors de l'asile ;

Digitized by Google

un employé qui changerait d'asile conserverait de la sorte tous ses droits acquis.

Malgré ses avantages, nous repoussons ce système, parce que, entre autres inconvénients, il ne permet pas d'arriver à des retraites supérieures à 1.200 francs. Sans doute, ce chiffre ne saurait être atteint dans la grande majorité des cas, mais à Paris, nous le voyons déjà dépassé pour quelques-uns. Avec l'amélioration progressive des salaires, cette limite pourrait devenir gênante. Il faudrait trouver mieux.

Nous avons recherché s'il ne serait pas possible de confier à une Compagnie d'assurances le soin d'assurer des retraites, et nous avons réuni sur ce sujet de nombreux documents qu'il est très facile de résumer, car toutes les Compagnies nous ont fait la même réponse et envoyé les mêmes tarifs. Nous parlons du moins des Compagnies françaises, car pour les Compagnies étrangères dont certaines pourraient faire des conditions plus avantageuses, un service public ne saurait guère s'adresser à elles.

Toutes les Compagnies nous ont renvoyé au tarif des rentes viagères différées. Prenant donc le tarif de la Compagnie « L'Aigle », nous y avons vu que pour arriver à toucher à cinquante ans une retraite annuelle de 340 fr., un employé qui débuterait à vingt-cinq ans devrait verser 119 fr. par an. En s'adressant à la Caisse Nationale des retraites, cet employé arriverait au même résultat en versant 100 fr. seulement par an. Ce seul exemple nous suffit pour prouver qu'un établissement public ne peut avoir recours à ce moyen de procéder. Il vaudrait toujours mieux avoir recours à la Caisse Nationale de retraites pour la vieillesse, dont les tarifs sont beaucoup plus avantageux.

Mais n'avons-nous pas les Caisses départementales, pour remplacer tous ces procédés ? Nous ne comprenons

Digitized by Google

pas la répulsion que témoignèrent beaucoup de membres du Congrès de Limoges à l'idée d'adjoindre les infirmiers aux Caisses départementales de retraites. Dans le Var par exemple, où la retraite est des deux tiers du traitement d'activité, nos infirmiers arriveraient à une retraite minima de 730 fr. après trente ans de service. Il est bien entendu que les retenues devraient se calculer sur la totalité du traitement, et qu'il faudrait représenter les avantages en nature par une somme en argent, comme cela se fait dans la Seine.

Les Caisses départementales de retraites auraient tout intérêt à admettre les infirmiers. Il est à prévoir en effet qu'il y aurait toujours un certain nombre de démissions et de renvois qui seraient tout au bénéfice de ces Caisses.

Sans doute ce système est moins séduisant que celui du livret dont l'infirmier reste propriétaire à la sortie de l'asile, mais avec le livret il n'est pas possible d'arriver à un chiffre convenable de pension viagère. Le chiffre de 730 fr. que nous relations plus haut nous semble un minimum, à peine suffisant.

Reste cependant une dernière solution : c'est la constitution d'une caisse de retraites pour l'asile lui-même. Il suffirait d'avoir l'autorisation d'ouvrir un article spécial au budget, pour faire contribuer l'asile aux versements, et pour combler les déficits possibles de la caisse. Les sommes seraient votées par la Commission de surveillance. Elles ne seraient jamais bien considérables, du moins en ce qui concerne les déficits.

Indiquons, telles que nous les concevons, les grandes lignes d'un tel projet :

La dotation de la caisse serait formée :

1° D'une retenue mensuelle de 6 p. 100 sur le traitement total (argent et avantages en nature);

2° D'un versement égal de l'asile ;

Digitized by Google

3° Des intérêts des sommes placées.

La retraite pourrait être obtenue après vingt-cinq ans de service, à partir d'un âge fixe (cinquante-cinq ans par exemple).

La pension serait calculée à raison de la moitié du traitement moyen ; ce traitement moyen serait lui-même évalué d'après le traitement des six dernières années de service.

La pension pourrait être reversible pour moitié sur la tête de l'époux survivant, ou à défaut sur la tête des enfants jusqu'à la majorité.

La création d'une telle caisse n'aurait rien d'impossible. Les difficultés budgétaires du début iraient sans cesse en diminuant. Mais il est bien évident qu'il serait beaucoup plus simple d'admettre nos agents au versement dans les Caisses départementales.

Digitized by Google

Revue critique

DU PLACEMENT

DES

ALIÉNÉS CRIMINELS EN SUISSE[1]

Par le Dr Édouard BOREL

Ancien médecin assistant à la maison de santé de Préfargier,
1er assistant à la Clinique psychiatrique
de l'Université de Bâle.

Depuis plus d'un siècle les pays civilisés s'occupent du placement des aliénés criminels: les uns sont arrivés à des solutions qui les satisfont, d'autres ne semblent pas avoir réalisé l'idéal qu'ils cherchaient; plusieurs enfin discutent la question, observant ce qui se fait autour d'eux et analysant les résultats obtenus.

La tendance moderne de transformer peu à peu l'asile en maison ouverte, met à l'écart toute une catégorie d'aliénés, et parmi ceux-ci se placent au premier rang les aliénés criminels qui, le plus souvent, sont relégués dans les quartiers agités, à cause des désordres qu'ils provoquent au milieu de malades tranquilles ou des tentatives d'évasion qu'ils ne font que trop souvent.

Dans ce travail nous n'envisageons que le côté pratique de la question, laissant à d'autres ouvrages — ils sont nombreux — des discussions ou des exposés souvent théoriques. Notre but est de présenter la situation en Suisse et plus spécialement dans les cantons de Genève et de Neuchâtel.

Le type « aliéné criminel » est difficile à délimiter. Il

(1) Ed. Borel. Du placement des aliénés criminels en Suisse. *Thèse* de Genève, 1904.

Digitized by Google

le devient plus encore par le manque d'unité d'opinion entre aliénistes, par le mélange de questions pratiques et théoriques. Les modes de placement sont nombreux et varient suivant les idées locales qui ont prévalu.

En dehors de l'asile ordinaire, nous trouvons les aliénés criminels internés :

1° Dans l'asile spécial ;

2° Dans le quartier spécial rattaché à l'asile ordinaire ;

3° Dans le quartier spécial rattaché à une prison ou à un pénitencier ;

4° Dans une infirmerie de prison ou de pénitencier.

Les arguments en faveur de l'un ou de l'autre mode d'internement sont nombreux. En Angleterre, en Amérique, en Italie, on a adopté l'asile spécial ; l'Allemagne préfère le quartier spécial, soit à l'asile, soit à la prison.

Quant à l'infirmerie de prison ou de pénitencier, il n'en est question qu'en théorie; les condamnés aliénés seraient soignés avec les autres malades de l'établissement.

En Suisse, la question des aliénés criminels n'est pas encore entrée dans une phase pratique ; il n'existe aucun établissement spécial, aucun quartier spécial rattaché à un asile, à moins que l'on ne comprenne sous ce nom quelques cellules à fenêtres barrées dans certains asiles... On n'a pourtant pas ignoré les aliénés criminels : le sujet a été discuté, il a été à l'ordre du jour dans plusieurs séances de la Société des aliénistes suisses ; nous l'avons vu repris l'année dernière à la réunion de Saint-Urban (Lucerne) (1), où une commission d'enquête a été nommée ; arrivera-t-on à un résultat pratique? — Les autorités judiciaires elles-mêmes ne paraissent pas satisfaites de l'état actuel.

Dans plusieurs asiles cantonaux les places manquent pour les criminels aliénés dangereux ; il y a des asiles qui de par leur construction n'osent assumer la responsabilité d'interner des criminels, en particulier ceux qui ne cherchent qu'à s'évader. Enfin les autorités judi-

(1) Rapport présenté par MM. les Drs Fröhlich, directeur de l'asile de Königsfelden (Argovie), et Von Muralt, privat-docent à l'Université de Zurich.

Digitized by Google

ciaires, dont la responsabilité est grande, n'ont souvent pas assez de confiance dans les installations des asiles et craignent avant tout les évasions.

Certains gouvernements cantonaux s'opposent à ce que le condamné jouisse à l'asile d'un régime qui ne soit pas celui de la prison ; d'autres exigent que le criminel aliéné porte à l'asile, au milieu des autres malades, son costume de prisonnier.

Il arrive que l'on hésite de livrer à l'asile des condamnés, parce que le public ne verrait dans le transfert de ceux-ci qu'une manœuvre faite en vue de les soustraire à la prison.

Nous nous sommes adressé aux directeurs d'asiles suisses d'aliénés qui nous ont répondu avec une grande amabilité ; le questionnaire que nous leur avons envoyé nous a paru suffisant pour tirer des conclusions pratiques. Nous avons dû renoncer à faire des recherches dans les pénitenciers ou prisons, bien qu'il eût été intéressant de connaître le nombre de prisonniers présentant un état psychique pathologique, voire même une maladie mentale manifeste. C'est une observation psychiatrique à faire, que nous ne pouvions demander à des directeurs de prisons ou de pénitenciers.

Nous avons envoyé vingt-cinq questionnaires — nous faisons abstraction de Genève et Neuchâtel pour le moment, — dans les différents cantons, aux établissements qui ont des aliénés ; vingt-trois réponses nous sont parvenues ; celles qui manquent ne sauraient en rien changer la valeur pratique de nos conclusions.

Voici ce que nous demandions :

1° Avez-vous dans votre établissement des criminels aliénés ou des aliénés criminels ?

2° Si oui, combien en avez-vous ?

3° Combien en recevez-vous en moyenne par an ?

4° Etes-vous satisfait du mode de placement actuel ou désirez-vous des changements ?

5° Y a-t-il parmi vos aliénés criminels ou criminels aliénés, des malades dont vous demanderiez le placement dans un asile spécial ?

6° Avez-vous des aliénés dangereux qui n'ont pas été en conflit avec la loi pénale ?

Première et deuxième question. — Vingt asiles suisses

Digitized by Google

ont parmi leurs malades des aliénés criminels ; cinq asiles privés, hôpitaux ou hospices, à qui nous nous étions adressé n'en possèdent pas. A la fin de 1903, sur une population totale de 7.697 aliénés internés, nous comptons 631 aliénés criminels. Pour certains aliénistes, dès qu'un aliéné s'est trouvé une fois, même pour un acte de peu d'importance, en conflit avec la loi, c'est un aliéné criminel ; aussi nous relevons avec prudence les chiffres donnés par les directeurs d'asiles, et il va de soi que dans l'établissement qui serait à créer, nous n'y logerions pas ces 631 malades.

Troisième question. — Notre troisième question vise le chiffre annuel d'entrées. Comme nous pouvions nous y attendre, il est très variable, et dépend souvent de causes extérieures dont voici des exemples : Un crime vient de se commettre ; on découvre que l'auteur est un quérulant ; la police saisit l'occasion d'éliminer de la circulation certains quérulants, dont l'acte qui vient d'être accompli a rappelé le caractère dangereux. L'autorité judiciaire de son côté fait expertiser à ce moment-là un certain nombre de prisonniers qu'elle envoie à l'asile. Se produit-il à l'asile l'évasion d'un condamné ou d'un individu mis en observation, le courant qui allait de la prison à l'asile se trouve momentanément tari.

Bien des asiles d'aliénés sont remplis actuellement et le cas se présente où le directeur se voit dans l'obligation de refuser des malades, et avant tout, ces éléments qui sont pour la plupart les plus gênants et les plus difficiles.

Quatrième question. — Nous avons reçu ici quinze réponses dont les auteurs peuvent être classées ainsi :

a. Partisans du « statu quo ».

b. Partisans du « statu quo » avec quelques restrictions.

c. Partisans de l'asile ou du quartier spécial.

a. Le nombre des aliénistes satisfaits de leur situation s'élève à 10 ; l'état actuel leur suffit, soit qu'ils n'aient pas à s'occuper d'aliénés criminels — nous en comptons 2, — soit que la disposition de l'asile qu'ils dirigent, sa construction, permette de garder facilement l'aliéné criminel en toute sécurité et l'empêche de faire des tentatives d'évasion, soit enfin que la création de

Digitized by Google

l'asile spécial soit regardée par certains directeurs d'asiles comme une œuvre anti-humanitaire et rétrograde. La population de ces 8 asiles — nous laissons de côté un hospice et un hôpital, — est représentée par 3.324 aliénés.

Plusieurs aliénistes ne voient aucun inconvénient à conserver les aliénés criminels à l'asile ordinaire ; nous relevons ces phrases contenues dans les réponses, et qui indiquent les raisons en faveur de l'état actuel :

« Vu que les criminels qui sont placés chez nous ne gênent nullement les malades de l'asile... » ; ou bien :

« Fous tranquilles, travaillent avec les autres malades » ; ou encore : « Jusqu'à présent aucun inconvénient. »

C'est l'expression de l'état actuel, mais cela n'implique pas l'idée que le jour où quelque aliéné criminel aura déployé une activité dangereuse, l'asile spécial ne soit mis à contribution.

Notons en passant un fait curieux : Un gouvernement cantonal, dont le directeur de l'asile d'aliénés s'est classé dans les partisans du *statu quo*, s'est informé auprès d'un canton voisin s'il se chargerait de condamnés aliénés. Si le directeur de l'asile se trouve bien de l'état actuel, il semblerait que le gouvernement dont il dépend était, à un moment donné, à la recherche d'une solution meilleure.

b. Dans la catégorie suivante, celle des « partisans du *statu quo* avec quelques restrictions », nous plaçons les directeurs d'asiles qui verraient avec satisfaction s'élever un asile spécial où, lorsque l'occasion se présentera, ils pourront envoyer un aliéné dangereux ; actuellement les installations dont ils disposent leur permettent d'interner sans danger les aliénés criminels qu'ils possèdent. Trois directeurs d'asiles nous répondent dans ce sens (820 aliénés).

c. Le troisième groupe comprend deux partisans de l'asile spécial, à la tête de grands établissements qui comptent ensemble 1.292 aliénés.

Il nous manque, pour être complet, l'avis de quatre directeurs d'asiles (1.377 aliénés) ; mais parmi ceux-ci, nous en trouvons deux qui, répondant à notre quatrième question, nous annoncent : « Qu'ils se passeraient de

Digitized by Google

pareils éléments (aliénés criminels), et qu'il leur serait agréable d'en placer quelques-uns dans un asile spécial. » — Nous comprenons ainsi qu'ils sont favorables à l'idée d'un asile spécial.

Nous faisons remarquer que nous n'avons pas demandé directement aux médecins d'asiles s'ils étaient oui ou non partisans d'un asile spécial.

Cinquième question. — Nous retrouvons dans la question suivante : « Y a-t-il parmi vos criminels aliénés ou aliénés criminels des malades dont vous demanderiez le placement dans un asile spécial ? » deux catégories que nous venons de noter, la première et la troisième. La première, celle des aliénistes satisfaits, partisans du *statu quo*, qui gardent à l'asile tous leurs aliénés criminels. La troisième, celle des partisans de l'asile spécial qui auraient plusieurs aliénés à y envoyer, mais n'en donnent pas le nombre. Six directeurs d'asiles annoncent pour l'établissement spécial 21 aliénés criminels (16 hommes, 5 femmes), et les verraient avec plaisir quitter leur asile. Ces 21 aliénés criminels se répartissent sur une population de 2.227 aliénés.

Sixième question. — Notre sixième question visant les aliénés dangereux avait été posée comme question complémentaire. Sans toujours en donner le nombre, les directeurs d'asiles sont unanimes à se plaindre de cette classe de malades, souvent plus difficiles sous tous les rapports que le grand nombre des aliénés criminels.

Jusqu'ici nous avons laissé de côté les aliénés criminels du canton de Genève et de Neuchâtel où nous avons eu l'occasion d'en observer et de prendre connaissance de leurs histoires.

Pour l'étude des aliénés criminels de Genève, nous partons de l'année où M. le professeur Weber prend la direction de l'asile de Bel-Air, c'est-à-dire de 1900, et nous allons jusqu'en 1904. Dans cette période de 4 ans, 43 aliénés criminels ont été en traitement, dont 11 se trouvaient à l'asile le 1er janvier 1904.

Pendant les 4 ans, ils représentent en moyenne le 5,5 p. 100 des entrées ; sur 876 entrées (494 hommes et 382 femmes), il se trouve 49 aliénés criminels (46 hommes, 3 femmes). Nous disons 49 criminels aliénés, lorsqu'en réalité 42 malades sont entrés à

Digitized by Google

l'asile : 2 aliénés y sont venus à 2 reprises, un autre à 5 reprises; un aliéné criminel se trouvait à l'asile avant 1900.

Dans notre statistique, nous comptons intentionnellement des condamnés non aliénés placés en observation parmi les malades ; au point de vue pratique, ils nécessitent les mêmes mesures de précaution que l'on prend vis-à-vis des aliénés criminels, souvent même ils exigent plus de surveillance pendant le temps qu'ils passent à l'asile.

Nous verrons, dans nos conclusions, que l'asile spécial pourra recevoir des condamnés à expertiser; leur traitement sera le même que celui des aliénés criminels.

Psychoses.—Au point de vue de la forme de l'aliénation mentale nous pouvons répartir nos malades ainsi :

Démence précoce, forme catatonique. . .	5
Démence précoce, forme paranoïque. . .	14
Délire alcoolique.	11
Paralysie générale.	2
Démence épileptique.	2
Démence organique, crises épileptiformes.	1
Mélancolie	1
Manie périodique.	1
Imbécillité, idiotie.	2
Moral insanity.	1
Non aliénés.	3

Délits. — Nous n'avons pas la prétention d'établir ici de grands tableaux de crimes de toutes sortes, notre division en « délits graves » et en « délits légers » nous fournira tout ce qu'exige le côté pratique de notre sujet. Parmi les premiers, nous comprenons les meurtres, tentatives de meurtre, incendies et tentatives d'incendie, attentats à la pudeur, vols avec effraction ; les seconds seront représentés par le vol sans effraction, coups et injures, vagabondage, rupture de ban, menaces, scandales sur la voie publique. Nous aurions ainsi : 30 délits graves et 13 délits légers.

Provenance. — De ces malades viennent :

De la prison préventive.	14
Après condamnation.	12
De poste de police.	2
Directement	11
D'autres asiles	2
De l'hôpital cantonal.	2

Digitized by Google

Nous relevons ici que 12 internements ont eu lieu après condamnation ; comme l'autorité judiciaire n'a pas encore pris l'habitude de faire examiner par un aliéniste ses prisonniers, nous ne savons combien étaient malades avant le jugement ; nous connaissons 2 condamnés tombés malades en prison, et parmi les 10 autres nous serions bien étonné de ne pas y trouver quelque aliéné de longue date ; tant que ce sera au jury de trancher la question de responsabilité, tant que ce dernier s'attribuera des compétences en aliénation mentale, sans recourir à l'examen fait par l'aliéniste, nous verrons se renouveler des condamnations d'aliénés.

Sorties. — Trente-deux aliénés criminels ont quitté Bel-Air, dont :

Morts à l'asile	2
Rapatriés en Suisse	3
Rapatriés à l'étranger	6
Expulsé du canton	1
Rentrés dans leur ou une famille	9
Sans destination connue	1
Rentrés à Saint-Antoine (prison préventive)	3
Rentrés à l'Evêché (pénitencier)	3
Evadés	2

Parmi les aliénés criminels sortis du Bel-Air, nous en comptons 10 guéris, alcooliques en majorité. Disons en passant que les 2 évadés ont quitté ensemble l'asile qui, jusqu'alors, n'avait aucun grillage, aucun moyen d'empêcher les évasions.

Genève a une situation spéciale en Suisse, c'est une ville frontière, où se rencontrent toute espèce d'éléments et où la population étrangère est fortement représentée. Parmi les aliénés criminels internés à Bel-Air plusieurs sont étrangers ; les formalités de rapatriement sont souvent longues ; certains personnages dangereux passent des mois à l'asile, occupant des places que l'on serait heureux de donner à des malades agités.

Les plus dangereux des aliénés criminels sont les paranoïques et les épileptiques, ils sont à craindre au dehors aussi bien qu'à l'asile par leurs idées délirantes, qui leur font commettre toutes sortes de violences. Les alcooliques forment cette classe d'individus qui, en géné-

Digitized by Google

ral, peu de temps après leur arrivée à l'asile, retrouvent leur état normal et perdent les hallucinations qui les ont conduits au délit; ils guérissent et on se voit dans la nécessité de les congédier, si l'on ne veut pas se mettre en opposition avec la loi qui ne permet pas de les interner dès qu'ils sont guéris. Or, une fois remis en liberté, presque tous se remettent à boire. Notre législation est défectueuse en ce qui les concerne, tant qu'elle ne renvoie pas d'office et pour longtemps ces malades à l'asile pour buveurs.

L'asile de Bel-Air n'est pas en situation de recevoir des aliénés criminels dangereux, ni de les traiter. Les aliénés criminels tranquilles ont dû être relégués aux agités par mesure de sécurité. Bel-Air ne peut fournir aux autorités la garantie de surveillance et de garde de ces éléments, qui malgré toutes les précautions pourraient réussir à s'échapper.

Parmi les aliénés dangereux non criminels, nous en trouvons deux avec des tendances homicides très prononcées; leur éloignement de l'asile ordinaire semble bien indiqué; l'asile spécial serait tout désigné pour les recevoir.

Pour l'asile spécial, nous ne comptons que des hommes, actuellement nous aurions à y placer six aliénés criminels; la majorité des autres y vivrait également dans des conditions plus acceptables qu'à Bel-Air.

Pour Neuchâtel, nous avons relevé les observations de 1894 à 1904 à Préfargier. Nous n'avons pas cru nécessaire de faire des recherches à Perreux, l'hospice cantonal d'incurables dont les aliénés ont tous séjourné autrefois à Préfargier.

En moyenne, 60 aliénés sont reçus par an. La population du canton de Neuchâtel diffère de celle de Genève, elle est répartie sur un plus grand territoire, il y a peu d'agglomérations, la vie est plus campagnarde et l'élément étranger est presque insignifiant.

Nous comptons 48 aliénés criminels (40 hommes et 8 femmes), sur 585 entrées environ (313 hommes et 272 femmes), soit une proportion moyenne de 8 p. 100. Un aliéné criminel est à l'asile avant 1880, un autre est venu à deux reprises.

Digitized by Google

Psychoses. — D'après des formes de psychoses, ces 48 malades se répartissent ainsi :

Démence précoce, forme catatonique	4
Démence précoce, forme paranoïque	14
Délire alcoolique	6
Dipsomanie	2
Paralysie générale	4
Manie, folie périodique	2
Folie primitive aiguë	6
Folie morale	2
Psychoses constitutionnelles. Dégénérés	5
Folie hystérique	3

Ici, comme à Bel-Air, nous retrouvons la forte proportion des formes paranoïdes ; parmi les délires alcooliques une légère diminution.

Délits. — Au point de vue des délits commis, nous faisons la même classification qu'à Genève ; ce qui donne :

Délits graves	20
Délits légers	28

Constatons ici que les délits graves sont en proportion plus faible qu'à Genève ; nous en donnerons la raison dans un instant.

Provenance. — Ces 48 aliénés criminels viennent :

De la prison préventive	22
De la gendarmerie, d'un poste de police	3
Conduits directement	17
D'un hôpital	1
D'autres asiles suisses	5

Contrairement à ce que nous avons noté à Genève, aucun aliéné n'est venu à Prefargier après sa condamnation. Cela tient, nous en avons la preuve, à l'autorité judiciaire qui multiplie ici les expertises de prisonniers en les soumettant à l'observation d'aliénistes. D'après la loi neuchâteloise sur le placement des aliénés, le Procureur général est appelé à visiter à plusieurs reprises pendant l'année ces malades, ce qui nous paraît un avantage, les questions psychiatriques ne lui restant pas étrangères ; aussi lorsque des prévenus lui paraissent avoir une mentalité suspecte, il les fait examiner régulièrement par un spécialiste. Et si le nombre des

Digitized by Google

délits graves est moins considérable qu'à Genève, n'est-ce pas le résultat de ces expertises répétées? Supposons que l'on arrête un paranoïque pour un délit léger, pour de simples menaces : expertisé, on reconnaît son état mental et on l'envoie à l'asile ; non expertisé, il a bien des chances d'être condamné à la prison d'où il sort avec les mêmes idées délirantes ; il va recommencer ses méfaits, poussé par des hallucinations et on ne l'arrêtera sérieusement que lorsqu'il aura commis quelque crime.

Ces prisonniers aliénés enlevés assez tôt à la circulation abaissent le nombre des délits graves. La prison ne punit pas ces malades qui n'y ont que faire, l'asile seul leur est favorable en les privant d'une liberté dont ils ne savent user, et la société qui croit souvent se venger en les enfermant à la prison, se trouve beaucoup mieux protégée en les internant à l'asile. Nous n'allons pas jusqu'à dire que tout criminel est aliéné ; mais il nous serait facile de prouver que chez beaucoup d'entre eux préexistait un trouble mental.

Sorties. — Préfargier comptait, à la fin de 1903, 6 aliénés criminels en traitement ; 42 en sont donc sortis, dont :

Envoyés à Perreux	12
Rapatriés en Suisse	14
Rapatriés à l'étranger	5
Envoyé dans un hôpital	1
Envoyé à l'asile pour buveurs à Pontareux	1
Remis à l'autorité : responsabilité limitée	4
Guéris : placés ailleurs	3
Envoyés dans leur ou une famille	7
Sans destination connue	4
Mort à l'Asile	1

Parmi les guéris, nous trouvons quelques alcooliques, rentrés pour la plupart dans leur famille, qui prend souvent l'engagement, vis-à-vis de l'autorité judiciaire, de les surveiller. Même remarque qu'à Bel-Air, les plus dangereux parmi les aliénés criminels sont les paranoïques.

Par sa construction, Préfargier est mieux approprié que Bel-Air pour interner des aliénés criminels, les évasions sont moins à craindre ; l'isolement, par contre, n'est pas facile.

Des 6 aliénés criminels qui se trouvent à Préfargier,

Digitized by Google

aucun ne mériterait l'asile spécial pour le moment, mais il est possible que l'un ou l'autre devienne violent un jour : l'asile spécial sera le bienvenu et déchargera la maison de santé d'éléments dangereux.

Il est difficile, après ce que nous avons vu, de nous en tenir, en Suisse, au système actuel; nous devons suivre l'exemple tracé par plusieurs Etats, en créant un asile spécial pour aliénés criminels. En effet, nous croyons avoir démontré que l'état de choses présent ne satisfait ni les autorités judiciaires, ni bon nombre de médecins aliénistes ; il ne garantit pas à la société la sécurité exigible. Enfin, il ne permet pas de placer les malades d'une façon appropriée à leur état.

Reste à choisir le mode d'établissement spécial que nous préférerions et qui paraît le mieux adapté à notre pays, et à nos ressources.

Division psychiatrique d'une prison ou d'un pénitencier. — Nous sommes adversaires de la division psychiatrique annexée à la prison ou au pénitencier. Ce système ne nous donne pas satisfaction, puisqu'il ne vise qu'une catégorie d'aliénés criminels : les criminels aliénés ; en outre, ces derniers, — à moins d'être condamnés à vie, — ne pourraient y être maintenus que le temps de leur peine ; que ferait-on après? Devrait-on les mettre en liberté ou les envoyer à l'asile ordinaire? Et nous avons vu que les plus dangereux se recrutaient surtout parmi les incurables. Ainsi, avec l'annexe de la prison ou du pénitencier, la question n'est pas tranchée. Cette solution est donc insuffisante.

Pavillon spécial à l'asile ordinaire. — Nous avons vu que dans chaque asile le nombre des aliénés criminels à interner dans l'asile spécial est relativement faible, aussi nous ne croyons pas justifié l'établissement d'un pavillon spécial à chaque asile, ce seraient de grands frais en comparaison des services à rendre ; chaque asile a trop de fluctuation dans le nombre de ses aliénés criminels pour créer un nombre de places fixes au quartier spécial, et si ce dernier n'était pas occupé par des aliénés criminels, les directeurs d'asiles ne se verraient-ils pas contraints par le manque de place d'y loger certains agités ? Ce qui donnerait lieu naturellement à des conflits et à des réclamations.

Digitized by Google

Asile spécial. — Mais nous sommes, par contre, partisan de l'asile spécial, capable de recevoir des aliénés criminels de plusieurs cantons, de tous les cantons même ; un accord entre eux serait désirable et aurait l'avantage de réunir les suffrages, non seulement des aliénistes, mais encore des juristes.

Ce vœu a déjà été manifesté, bien que d'une façon indirecte ; les juristes et aliénistes qui ont pris part à l'élaboration du Code Pénal suisse ont senti l'état actuel insuffisant, puisque l'asile spécial est prévu : nous trouvons dans la *Loi fédérale concernant l'application du Code Pénal Suisse* (1), à l'art. 46, deuxième alinéa ce qui suit :

« La Confédération pourra subventionner la création d'un ou de plusieurs établissements, pour l'internement des criminels aliénés ou à responsabilité restreinte. »

On nous a fait spécialement l'objection suivante : l'asile spécial réunira trop d'aliénés criminels, et par là-même sera un foyer de complots de toutes sortes. Nous ne le croyons pas : Un asile spécial, comme nous trouvons des exemples dans l'Etat de New-York, en Angleterre, en Italie entre autres, qui tous contiennent un nombre élevé d'aliénés criminels, ne présente pas ce danger, les rapports de ces asiles en font foi. Il est naturel que ces éléments dangereux soient gardés dans des locaux sûrs, où la construction ne laisse rien à désirer, où les chances d'évasion soient réduites au minimum, où l'isolement de nuit surtout puisse se faire facilement : c'est la seule façon de traiter ces malades qui, bien que méritant toute notre sympathie et notre pitié, doivent être enlevés avec soin de la circulation. Il y aurait à entrer dans un grand nombre de questions que nous trouvons trop spéciales pour être exposées ici ; lorsque le principe de l'asile pour aliénés criminels aura été admis, il sera assez tôt de s'en occuper. Bornons-nous à dire que les entrées et les sorties seraient toujours soumises à un conseil de surveillance ; aucune urgence ne serait acceptée, chaque cas serait étudié à fond, à l'avance.

---

(1) Avant-Projet du Code Pénal Suisse. — Berne ; juin 1903.

Digitized by Google

Un asile spécial pour hommes nous paraît suffisant; le nombre de femmes aliénées criminelles dangereuses, ne nécessite pas, pour le moment du moins, une subdivision à elles. L'Italie entre autres, avec ses trois asiles d'aliénés criminels pour hommes, n'en possède pas pour femmes.

D'après ce que nous avons vu, l'asile spécial trouverait en Suisse un nombre relativement grand de malades parmi lesquels les paranoïques et les épileptiques seraient fortement représentés.

A notre avis, l'asile devrait admettre les catégories suivantes d'aliénés :

1° Ceux ayant commis des actes délictueux graves.

2° Les aliénés qui n'ont à leur charge qu'un délit de peu d'importance, mais qui en raison de leur caractère ou de leur délire, doivent être considérés comme très dangereux.

3° Les condamnés ayant commis un délit grave, devenus aliénés en cours de peine.

4° Les individus coupables de quelque délit grave, et dont l'état mental paraît douteux. Ils seraient placés à l'asile spécial en observation et donneraient lieu à une expertise.

Le transfert à l'asile spécial pourrait avoir lieu soit de la prison, soit de l'asile ordinaire, où l'on aurait reconnu l'impossibilité de garder ces malades.

Que l'on crée l'asile spécial, et nous verrons venir les demandes d'admission, nous en sommes certain, même de ceux qui ne souscrivent pas à nos conclusions.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE SOLENNELLE DU 17 AVRIL 1905

Présidence de M. CH. VALLON

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Mitivié, membre honoraire; Bernard-Leroy, Colin, Doutrebente, Giraud, Laurent, Lwoff, Thivet, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Ballet, Christian, Joffroy et Pottier, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Charpentier remerciant la Société de lui avoir conféré l'honorariat ;

3° Une lettre de M. Buvat, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

4° Une lettre de M. Haskovec, de Prague, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

5° Une lettre de M. Juquelier, médecin adjoint des asiles d'aliénés, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Joffroy, Legras, Vigouroux, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend le numéro de mars du journal *La Tempérance*.

Digitized by Google

Rapports de candidature.

M. Vigouroux. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Magnan, Christian, Kéraval, Toulouse, Vigouroux, de vous présenter un rapport sur les travaux de M. le Dr Picqué, chirurgien des hôpitaux, candidat au titre de membre titulaire de Société médico-psychologique. J'ai l'honneur, au nom de cette commission, de m'acquitter de cette tâche.

M. le Dr Picqué est à la fois chirurgien de l'hôpital Bichat et chirurgien en chef des asiles de la Seine ; à ce dernier titre, il est connu et justement apprécié par la plupart d'entre nous. Si nous n'avons pas à parler des travaux de chirurgie pure du Dr Picqué, nous devons profiter de l'occasion qui nous est offerte, pour rendre hommage au dévouement avec lequel il fait profiter nos malades des asiles et le personnel de son habileté professionnelle et de toutes les ressources de la chirurgie moderne.

C'est en effet le Dr Picqué qui a transformé le service de la chirurgie dans les asiles : à l'ère des opérations d'extrême urgence, motivées par les seules lésions menaçant l'existence à brève échéance, il a fait succéder la période actuelle où l'aliéné bénéficie de toutes les ressources de la thérapeutique chirurgicale : orthopédie, chirurgie des organes, chirurgie des tumeurs, etc., où l'aliéné enfin, assimilé à un malade ordinaire, est opéré dans les mêmes conditions que s'il n'était pas interné, suivant les indications générales de la chirurgie.

C'est là un grand progrès. Pour arriver à ce résultat, le Dr Picqué dut dépenser beaucoup d'énergie, mais il dut aussi s'occuper de l'assistance des aliénés, de leur législation et même de leur état mental ; il est de la sorte devenu *chirurgien aliéniste*, pour employer l'expression dont il se sert dans la préface de son 5e volume du Recueil des travaux sur la chirurgie des aliénés.

Notre intention n'est pas d'énumérer tous les travaux sur la chirurgie des aliénés faits par M. Picqué en collaboration avec un certain nombre d'entre nous, ou faits

Digitized by Google

sous son inspiration par ses élèves ; ces travaux connus de nous tous sont réunis dans cinq gros volumes. Nous n'en citerons que quelques-uns portant : sur le *Délire post-opératoire*, sur le *Rôle de l'intervention chirurgicale et en particulier des opérations gynécologiques dans certaines formes d'aliénation mentale* (Febvré), *Sur les états psychiques et les maladies des voies génito-urinaires chez l'homme* (Colombani), etc.

Nous croyons plus conforme à votre désir de chercher à résumer en quelques lignes la doctrine du Dr Picqué et dire quelle conception il s'est faite du rôle du chirurgien aliéniste.

M. Picqué accorde une importance capitale à l'infection dans la pathogénie du délire chez les dégénérés héréditaires, chez ces malades en équilibre instable pour qui tout est prétexte à délire. Il admet que l'infection *post partum* est souvent en cause et croit que ce délire peut, dans quelques cas, être combattu avec succès par les ressources de la chirurgie.

Mais si certains délires infectieux impliquent une intervention chirurgicale rapide, d'autres modalités de l'état mental des dégénérés impliquent des contre-indications opératoires absolues : telles sont les obsessions, les idées hypocondriaques, les varicocèles, les affections du testicule, etc. La connaissance de ces états psychiques et des réactions souvent dangereuses de ces malades est des plus utiles au chirurgien, tant pour le bien des malades que pour la sécurité personnelle de l'opérateur.

Dans un cas comme dans l'autre, la connaissance de la forme clinique du délire, de l'état mental antérieur du sujet est indispensable.

M. Picqué a également étudié les relations du traumatisme cranien avec l'aliénation mentale, et dans une série de recherches non encore terminées, il s'efforce de préciser dans quelles conditions une intervention chirurgicale est susceptible de s'opposer à la marche du processus qui aboutit aux lésions cérébrales.

Dans les traumatismes craniens comme dans les infections, M. Picqué estime que l'intervention du chirurgien ne doit pas seulement chercher à être curative, mais qu'elle doit aussi, et peut-être surtout, s'efforcer d'être prophylactique.

Digitized by Google

D'autre part, sa longue expérience des asiles lui a permis d'étudier des affections semblant appartenir plus spécialement à la chirurgie des aliénés : *corps étrangers de l'æsophage*, *décubitus*, *fractures spontanées*, etc., et aussi de déterminer un certain nombre d'opérations que le chirurgien doit éviter de pratiquer : *fistules*, *anus contre nature*, etc., opérations qui pourraient devenir chez eux le point de départ de préoccupations hypocondriaques.

Non seulement soulager les aliénés, guérir si possible quelques-uns d'entre eux, et prévenir pour certains la genèse des troubles mentaux, telle est la conception que s'est faite M. Picqué du rôle du chirurgien des asiles.

On voit que son champ d'action est vaste, mais pour arriver à ce résultat le chirurgien doit s'intéresser à l'état mental de son sujet ; à l'examen somatique de son malade il doit ajouter l'examen psychologique.

De la lecture de ses nombreux travaux se dégage la certitude que M. Picqué a su remplir ce vaste programme et qu'il est devenu chirurgien aliéniste.

Aussi votre commission croit-elle que sa place est tout à fait marquée au milieu de nous, et vous propose-t-elle de le nommer membre titulaire de la Société.

M. le Dr Picqué est élu à la majorité des suffrages.

M. Dupain. — Messieurs, dans votre précédente séance vous avez nommé une Commission composée de MM. Christian, Vallon et Dupain, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le Dr Victor Parant fils, qui sollicite le titre de membre correspondant de notre Société.

Je me félicite de m'acquitter de cette tâche, puisque l'occasion m'est offerte de rendre un nouvel hommage à l'éminent aliéniste, M. Victor Parant père, en proposant à vos suffrages la candidature de son fils. Le père fait partie de notre Société depuis trente ans, et le fils n'est pas un inconnu pour nous.

Nombreux sont, parmi vous, Messieurs, ceux qui, comme moi-même, firent partie du huitième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, tenu à Toulouse au mois d'août 1897, sous la présidence de M. Ritti. M. Victor Parant père était secrétaire général

Digitized by Google

de ce Congrès, et nous avons tous remarqué auprès de lui son jeune fils, alors étudiant en médecine, qui le secondait dans les multiples détails de la besogne d'organisation. Il m'est doux de regarder en arrière et d'évoquer, un instant, le souvenir de ce Congrès, où le distingué secrétaire général sut si habilement reposer notre esprit des préoccupations scientifiques en nous faisant admirer la splendeur du décor. Je revois encore la cité toulousaine, la salle des Illustres, en fête, au Capitole, j'entends encore les orphéons chanter en dialecte languedocien, et tout là-bas j'aperçois encore les Pyrénées profilant dans le ciel bleu leurs sommets couronnés de neige.

C'est donc sous la direction de son père que notre candidat commença l'étude de la médecine mentale, puis il vint à Paris, et fut nommé interne des asiles d'aliénés de la Seine au concours de 1899. Un peu plus tard, M. Victor Parant fils soutenait brillamment sa thèse de doctorat. Mettant à profit l'enseignement, les observations cliniques, les rapport médico-légaux de son père, il choisit pour sujet « les délires de jalousie ». Cette thèse fut très remarquée. Vous-mêmes, Messieurs, vous avez apprécié la valeur de ce travail, puisque vous lui avez décerné le prix Moreau (de Tours). L'auteur étudie les rapports de la jalousie avec l'aliénation mentale. Il examine premièrement les délires non systématisés de jalousie, dans les états de dégénérescence, dans les névroses, dans l'alcoolisme, dans le cocaïnisme, dans la manie, dans la mélancolie, dans la paralysie générale, dans les lésions organiques du cerveau, transition naturelle avec le chapitre du délire de jalousie sénile. Le délire de jalousie n'est donc pas exclusivement de nature alcoolique, il existe une forme de délire de jalousie en rapport avec l'affaiblissement intellectuel sénile. Puis, dans le chapitre troisième, M. Victor Parant fils nous montre les délires systématisés de jalousie. Dans des observations bien prises et très complètes, nous voyons les idées délirantes de jalousie à l'etat de pureté ou associées à d'autres idées délirantes, le plus souvent à des idées de persécution. Les observations de délire raisonnant de jalousie pure ne sont pas communes, et c'est chez les jaloux raisonnants que le diagnostic est le

Digitized by Google

plus difficile à faire, plus encore chez des jaloux que chez des persécutés. Un chapitre de médecine légale termine cette thèse : « La jalousie est une cause très fréquente d'actes qui nécessitent l'intervention de la justice et souvent du médecin expert chargé de déterminer si le jaloux est aliéné ou sain d'esprit. Les réactions des jaloux au délire ou à la passion sont très variées : suicides ou homicides, blessures et attentats à la vie et aux biens, outrages ou calomnies, vengeances indirectes et dispositions testamentaires anormales ; dans chacune de ces éventualités, les tribunaux sont appelés à statuer et peuvent demander son avis au médecin aliéniste, seul compétent. » Dans ce chapitre encore, les connaissances en médecine mentale dont l'auteur fait preuve ne laisseraient pas que de surprendre si on ne savait, par avance, quel est son premier professeur.

A peine docteur, M. Victor Parant fils fut nommé, au Concours de l'année 1902, médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, puis, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris, dans le service de M. le professeur Joffroy. Il a publié plusieurs travaux : une intéressante observation sur « la dissociation des symptômes angoisse et anxiété ». Une brochure en collaboration avec M. Decante, juge au tribunal civil de Pontoise, sur « Le Secret professionnel envers les aliénés ». Une communication faite à la Société de neurologie, en collaboration avec M. Georges Guillain, sur « La Présence d'albumines coagulables par la chaleur dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. »

Messieurs, je ne voudrais pas retenir plus longtemps votre bienveillante attention. Je résume les titres scientifiques de notre candidat : ancien interne des asiles publics d'aliénés de la Seine, médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris, lauréat de votre Société (Prix Moreau, de Tours), M. le Dr Victor Parant fils est digne d'appartenir à votre compagnie, comme M. le Dr Victor Parant, son père. Ils sont l'un et l'autre collaborateurs de vos *Annales*, et je vous propose, au nom de l'unanimité de votre Commission, de décerner

Digitized by Google

à M. Victor Parant fils le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Victor Parant fils est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

Rapport de la Commission du prix Belhomme.

M. Chaslin. — Messieurs, la Commission du prix Belhomme, composée de MM. Blin, Deny, Kéraval, Jules Voisin, Chaslin, rapporteur, vient vous rendre compte du résultat de ses délibérations. Deux mémoires ont été présentés, qui se sont recommandés par des qualités diverses à notre attention, et qui ont tenté une réponse à la question proposée : « L'association des idées chez l'idiot et chez l'imbécile ».

L'auteur du n° 1 est évidemment un psychologue très informé ; il nous donne au début un résumé succinct fort bien fait de l'association des idées à l'état normal. Observant avec juste raison que l'association des idées se trouve dans toute opération intellectuelle, il nous montre très brièvement à la fin de cette introduction l'association en action dans le raisonnement logique. Si je mentionne plus particulièrement ce dernier point, c'est que nous avons été un peu étonnés de ne pas trouver cité à ce sujet par notre auteur si érudit le nom de Binet qui, il y a bien longtemps déjà, avait distingué les différentes associations d'idées qui existent dans le raisonnement. Passant ensuite à l'idiotie, l'auteur nous donne bien la formule de l'idiot au point de vue intellectuel : il avait pris pour devise de son mémoire cette phrase de Séguin : « Les idiots ont l'esprit juste » ; si nous ajoutons à cette phrase les mots « et circonscrit », c'est-à-dire que « chaque sensation ou chaque groupe (simple) de celles-ci existe d'une manière isolée, sans hiérarchisation des degrés de conscience », nous avons la clef de l'intelligence idiote. L'association existe, mais loin que chaque sensation trouve à éveiller dans le subconscient tout un monde divers de représentations antérieurement emmagasinées, cette sensation n'éveille qu'un très petit nombre d'images. Il n'y a pas une vaste diffusion par tout l'esprit comme chez le normal, mais bien une étroite localisation. Mais ce qui

Digitized by Google

est acquis est acquis, et même fidèlement, à condition que les excitations soient simultanées et intenses, et le manque de diffusion, ou, pour employer un schéma à forme anatomique, l'isolement relatif des centres psychiques fait que en chacun d'eux se développe l'automatisme.

L'automatisme, l'irritation, la tendance au tic montrent bien le caractère mécanique et réflexe de l'intelligence de l'idiot en opposition avec la spontanéité de l'enfant normal. L'attention est elle-même rétrécie et la volonté n'est qu'automatisme. Le rythme que l'idiot aime est très probablement aussi en rapport avec cette localisation, c'est la seule activité qu'il puisse saisir, grâce à la répétition et à la fusion des éléments semblables. L'amour de la symétrie est dû à la même particularité, la caresse même est peut-être recherchée pour une cause analogue. Les différentes opérations sur le nombre reposant aussi sur des associations, il s'ensuit qu'elles peuvent être effectuées jusqu'à un certain degré. La notion d'objet existe, mais naturellement incomplète, car l'idiot confond souvent une pomme avec une boule de bois; cela tient à ce qu'il abstrait trop. Ici l'auteur insiste longuement entre abstraire et généraliser. Pourtant l'idiot ne se meut que dans le concret et les généralisations lui sont interdites. Les notions de personnes si complexes sont bien plus difficiles à former; il y a trop d'éléments variables que l'idiot néglige par abstraction.

Après cette étude d'ensemble vient une longue série d'observations accompagnées d'expériences d'association de mots. L'auteur remarque la difficulté extrême de l'expérimentation chez l'idiot. Enfin viennent des conclusions générales assez diffuses où l'auteur insiste sur les résultats déjà acquis et étend son enquête à la mémoire, la notion de propriété, de causalité concrète, de l'usage des objets, etc. En quelques mots il rappelle que l'idiot a l'esprit juste mais borné; l'imbécile, au contraire, est essentiellement perverti.

Vous voyez immédiatement que l'auteur n'a traité qu'une partie de la question : l'association chez l'idiot, en laissant de côté presque complètement celle de l'imbécile. Pourtant cela eût été une bonne occasion de

Digitized by Google

différencier nettement ces deux formes et de décider si la conception si intéressante de notre collègue Sollier doit être généralisée ou non à tous les imbéciles. D'une façon générale on peut dire que l'auteur n'est pas toujours très clair dans son plan, que certaines phrases sont obscures. Cela tient peut-être à un arrière-fond métaphysique qui semble percer par endroits. Il n'y a pas de divisions nettes et les conclusions trop longues forment comme une sorte de chapitre surajouté. S'il sait la psychologie, l'auteur a pourtant laissé de côté une question importante, l'influence des sentiments sur l'association des idées, d'autant plus importante, qu'en somme, à l'état normal, cette influence est de tous les instants, et que chez l'idiot, encore plus que chez l'enfant ordinaire, pour ainsi dire, c'est le levier de l'éducation. Et enfin il n'a pas cherché comment sous l'influence de cette éducation l'idiot peut se développer ; comment alors un « canton sensoriel » arrive à mieux réagir sur les autres. Bref il a bien montré l'idiot figé, mais pas assez l'idiot soumis au traitement médico-pédagogique ; c'est une bonne étude assurément psychologique, mais trop limitée et où le côté vivant, ou si l'on veut clinique, de l'idiot, est un peu négligé, malgré de nombreuses observations.

Le mémoire n° 2 qui a pour devise : « La façon dont se crée l'association révèle dans une certaine mesure le type psychologique », adopte sur bien des points les idées de M. Claparède à qui est due cette phrase. Pourtant notre auteur nous propose une nouvelle classification des associations suivant que celles-ci reposent sur le sens, l'instinct ou l'intelligence.

Il applique ensuite cette classification à l'étude des idiots et des imbéciles, en divisant ces derniers en imbéciles intellectuels et imbéciles moraux. Mais il ne discute pas la définition que notre collègue Sollier donne de l'imbécile, mais seulement celle que donne Séguin. Il emploie chez l'idiot l'observation seule, chez l'imbécile l'observation et l'expérience, au moyen de tests, et la comparaison avec l'enfant normal. A ce propos une remarque intéressante : l'imbécile réagit dans certaines expériences en trois secondes, tandis que l'enfant normal emploie sept secondes pour répondre. Les conclu-

Digitized by Google

sions comportent des aperçus au point de vue du traitement.

L'auteur oppose l'idiot à l'imbécile : chez le premier peu d'associations mais durables, chez le second beaucoup d'associations mais peu solides ; mais chez l'un comme chez l'autre, c'est la contiguité qui est le grand facteur d'association. La ressemblance ne s'explique que par l'acte de confondre ; la subordination est plus manifeste que la coordination et la surordination, la causalité est faible, le contraste pas plus fréquent que chez les normaux. Tout cela peut se ramener pour l'auteur à la contiguité. C'est une première forme de l'association en général ; il n'y en aurait qu'une deuxième, l'association volontaire que l'idiot et l'imbécile seraient incapables de former. Ce mémoire est très clairement écrit. On sent que l'auteur a vécu avec ses malades, qu'il les connaît ; l'allure générale est peu abstraite, elle est clinique et pratique.

Ces deux mémoires ont-ils bien répondu à la question telle qu'elle était posée ? C'était d'abord un sujet de psychologie, l'association, limitée peut-être artificiellement, comme tout sujet d'étude scientifique, mais qui comportait aussi l'étude des relations avec les autres facteurs du fonctionnement de l'esprit, et, en outre, c'était l'association chez les idiots et imbéciles, c'est-à-dire chez des esprits spéciaux, placés généralement dans un milieu spécial, sur lesquels on cherche à agir d'une façon spéciale. Le premier mémoire, à forme savante, et ayant pris la chose au point de vue théorique, explique les phénomènes intellectuels chez l'idiot par une manière d'être spéciale de l'association, ce qui est bien ; mais il ne parle qu'à peine de l'imbécile comme je l'ai déjà dit, et même, chez l'idiot, il n'examine pas l'intervention des autres facteurs dans l'association ni l'influence de l'éducation qu'on s'efforce de donner. Le deuxième mémoire s'applique bien à l'idiot et à l'imbécile ; mais il étend trop l'étude de l'influence des autres facteurs sur l'association, puisqu'il donne à l'instinct, au sentiment un rôle très grand dans l'association. Ce rôle est certes considérable, mais la chose ne devait pas être envisagée sous ce point de vue puisqu'il y a confusion entre les deux domaines intel-

Digitized by Google

lectuel et sentimental. Sur certains détails il y aurait aussi (comme d'ailleurs pour le premier mémoire) des critiques à faire. Enfin il est moins théorique et érudit que le premier.

Aussi votre Commission vous propose de ne pas décerner le prix. Elle donnerait une première mention avec 300 francs au mémoire n° 1, incomplet, mais qui a pris la question du côté vraiment psychologique, et une deuxième mention avec 200 francs au n° 2 qui a envisagé la question plus simplement, mais ne l'a pas assez délimitée.

Votre Commission devait terminer ses travaux en recherchant un sujet pour le prochain prix Belhomme : elle vous propose celui-ci : *De la démence épileptique chez l'enfant et l'adolescent.*

Les conclusions du précédent rapport sont adoptées. Le prix n'est pas décerné. Une première mention honorable, avec 300 francs, est accordée au manuscrit n° 1, qui a pour auteurs MM. Boulenger et Minnaert, de Bruxelles. Une seconde mention honorable, avec 200 francs, est accordée à M. Boyer, professeur à l'Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine.

Rapport de la Commission du prix Esquirol.

M. Antheaume. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous rendre compte des résultats du concours pour le prix Esquirol au nom d'une Commission composée de MM. Arnaud, Christian, Dupré, Pottier et Antheaume, rapporteur.

Cinq mémoires ont été envoyés.

Le mémoire n° 1 a pour titre : *Etude des troubles physiques dans la démence précoce hébéphréno-catatonique* et pour épigraphe cette citation de Lasègue : « Il y a un proverbe qui dit que toute branche détachée du tronc est destinée à périr. Cela est vrai pour la branche de la médecine mentale; elle a besoin de se rattacher au tronc de la médecine générale sous peine de ne pas vivre. »

Ce mémoire bien présenté témoigne chez l'auteur d'une activité scientifique qui mérite d'être encouragée ; il abonde en observations dont quelques-unes sont

Digitized by Google

intéressantes et bien prises mais dont certaines révèlent un examen clinique insuffisamment prolongé et quelque peu superficiel. Dès le début de son travail l'auteur considère comme étant une entité morbide bien définie le syndrome décrit sous le nom de démence précoce hébéphréno-catatonique et, partant de là, il consacre la majeure partie de ses observations à l'étude des troubles somatiques des sujets mis en cause et surtout à celle des diverses fonctions : digestives, sécrétoires, circulatoires, vaso-motrices, trophiques, etc.

Cette partie du mémoire est assez bien traitée ; mais ce qui a surpris votre Commission c'est le nombre relativement élevé des cas de démence précoce hébéphréno-catatonique observés presque simultanément par l'auteur dans un service d'aliénés et sa foi robuste en l'existence d'une entité morbide qui n'est encore à l'heure actuelle admise comme telle que par un nombre restreint de psychiatres français.

Le mémoire n° 2 est intitulé : *Du rôle de la syphilis dans les maladies mentales*. Il a pour auteur M. le Dr Marchand, médecin-adjoint de l'asile de Blois et membre correspondant de la Société médico-psychologique. Votre Commission ne pouvait être, *a priori*, que favorablement disposée à l'égard de ce distingué confrère qui a pris soin depuis longtemps de se faire apprécier ici-même par des communications intéressantes ; mais, à son grand regret, elle s'est montrée unanime à ne point proposer de récompense pour le mémoire n° 2 malgré les mérites de son auteur, et cela pour cette raison que, dans la forme où il se présente, ce travail ne satisfait pas aux desiderata du concours pour le prix Esquirol. C'est en effet l'usage en cette Société, et un usage très ancien, de réserver ce prix de préférence aux élèves produisant le travail psychiatrique le plus fructueux en *observations personnelles* : Déjà en 1901, comme rapporteur du prix Esquirol, j'ai eu l'occasion de rappeler cette tradition, dans le but d'éviter précisément aux concurrents de l'avenir un mécompte de ce genre.

L'un de nos aînés, qui depuis est devenu l'un des plus éminents représentants de la psychiatrie française, M. le Dr Motet, a pris le soin dès 1870 d'indiquer, à propos

Digitized by Google

du prix Esquirol, dans quel esprit il était institué et quelles conditions devaient être remplies pour arriver à le mériter ; je crois utile de citer ici quelques extraits de ce rapport pour que désormais il ne se produise aucun malentendu à l'occasion du concours pour le prix Esquirol. M. Motet s'exprimait ainsi à la séance solennelle du 25 avril 1870 :

« En 1817, Esquirol, médecin de la Salpêtrière, ouvrait le premier cours de maladies mentales qui ait été professé en France ; ses leçons cliniques attirèrent un grand concours de médecins et d'élèves. Pour encourager et soutenir le zèle de ses jeunes auditeurs il institua un prix consistant en une médaille de 200 francs et un exemplaire du *Traité de la Manie* de Pinel, son illustre et vénéré maître. Ce prix fut décerné pour la première fois en 1818, à la fin du cours. Quatre mémoires avaient été présentés et jugés par une Commission de cinq membres pris parmi les auditeurs.

« Georget, dont on connaît le mérite et les travaux, alors interne du service, fut le premier lauréat ; son mémoire avait pour titre : *Sur les ouvertures de corps des aliénés de la Salpêtrière.* »

. . . . . .

« Puis en 1826, Esquirol quitta la Salpêtrière pour prendre la direction du service de Charenton. L'éloignement de Paris, l'impossibilité d'ouvrir aux élèves les portes d'un établissement non absolument public, obligèrent le professeur d'interrompre ses cours ; le prix ne fut plus décerné, et de longues années s'écoulèrent avant qu'il fut rétabli.

« Esquirol mourait en 1840, laissant une mémoire vénérée ; c'est par un sentiment de pieux respect pour elle que M. Mitivié a voulu, en 1843, rétablir dans les mêmes conditions qu'autrefois, et sous le nom d'Esquirol, un prix destiné à récompenser chaque année les *observations cliniques* sur l'aliénation mentale, recueillies par les *élèves dans les asiles.* Il voulut, comme l'avait fait son prédécesseur, s'adresser surtout aux *jeunes intelligences*, faire naître le goût des études spéciales, et donner à ceux que n'effrayait pas la pathologie mentale, un appui moral si nécessaire à l'époque où nous vivons. »

Digitized by Google

Le mémoire n° 3 a pour titre : *De la stéréotypie*, par M. le Dr Dromard ; je le cite ici uniquement pour mémoire, car votre Commission n'a pas eu à l'apprécier, M. Dromard ayant retiré son manuscrit du concours avant l'examen du jury, désireux qu'il était de le publier de suite — ce qu'il a fait — dans les *Archives de neurologie*.

Avec le mémoire n° 4 intitulé : *Contribution à l'étude du caractère chez les paralytiques généraux ; leur prétendue bienveillance*, nous entrons dans le domaine de la véritable clinique mentale, ainsi que le fait du reste entrevoir l'épigraphe choisie par l'auteur : *Primum observare*.

Il s'agit d'un travail d'ensemble sur cette question, devenue une question presque d'actualité depuis la discussion dont elle a été l'objet l'an dernier en cette Société ; l'auteur, après un aperçu historique que complète une bibliographie étendue, se livre à une étude des troubles du caractère des paralytiques généraux, malades le plus souvent apathiques, indifférents, parfois bienveillants, souvent — plus souvent même qu'on ne le dit dans les traités classiques — enclins à des réactions totalement dénuées de bienveillance. Cette étude clinique est basée sur un très grand nombre d'observations dont vingt-six recueillies personnellement par l'auteur ; ces dernières sont convenablement rédigées, et dénotent un clinicien consciencieux et désireux de bien faire.

Ce mémoire est bien présenté, la lecture en est facile ; le seul reproche qu'il convienne de lui adresser, c'est d'être rédigé, — en dehors des observations — avec une certaine inexpérience.

Le mémoire n° 5 a pour titre : *Recherches statistiques, étiologiques et cliniques sur la paralysie générale à l'asile de Blois et dans le Loir-et-Cher*, par M. le Dr Maurice Olivier, interne à l'asile de Blois.

Ce travail dénote chez son auteur d'un effort louable, mais outre que la forme en est négligée, les observations y sont incomplètes et ne présentent qu'un intérêt scientifique relatif.

En résumé : votre Commission unanime à ne retenir en vue de les récompenser que deux mémoires, vous propose de décerner le prix Esquirol à l'auteur du mémoire

Digitized by Google

n° 4 ayant pour devise « *primum observare* », et d'accorder une mention très honorable à l'auteur du mémoire n° 1 portant en exergue la citation de Lasègue que j'ai relatée plus haut.

Conformément aux conclusions du rapport précédent, le prix Esquirol est décerné à M. Aug. Bonhomme, interne de la Maison nationale de Charenton. Une mention honorable est accordée à M. Louis Trepsa, interne à l'asile d'Evreux.

Rapport de la Commission du Prix Moreau (de Tours).

M. Pactet. — Messieurs, votre Commission du prix Moreau (de Tours), composée de MM. Brunet, Ballet, Moreau (de Tours), Toulouse et Pactet, rapporteur, a eu un nombre important de travaux à examiner. Sept concurrents ont présenté des mémoires qui tous offrent un réel intérêt, dont quelques-uns ont une sérieuse valeur.

Le mémoire n° 1 a pour titre : « *Les lois morbides de l'Association des Idées* ». Son auteur, Mlle le Dr Pelletier nous prévient que son but a été seulement de faire une œuvre qui puisse servir à la psychologie normale et que c'est à dessein qu'elle a éliminé toute étude clinique. Après avoir examiné l'association des idées à l'état normal et son rôle dans le mécanisme de la pensée, elle l'envisage ensuite dans deux états mentaux pathologiques, l'état de manie et celui de débilité. De l'analyse des faits, il résulte que les lois régissant l'état normal conservent leur action sur l'état pathologique, — ce qui ne saurait nous surprendre, puisque les perturbations apportées par la maladie, dans tout organisme vivant, sont uniquement d'ordre dynamique — et que la manie et la débilité mentale sont les conséquences d'un affaiblissement très grand des processus psychiques, affaiblissement portant sur l'état de conscience.

Le mémoire n° 2, présenté par M. le Dr Privat de Fortunié, est une « *Etude sur les délires post-partum envisagés spécialement au point de vue de la pathogénie* ». Ce travail est une monographie des plus intéressantes et des plus complètes où se révèlent les qualités de l'esprit scientifique. Le sujet est nettement délimité, les idées développées avec clarté et les conclu-

Digitized by Google

sions déduites avec rigueur de faits toujours consciencieusement observés. L'auteur démontre que parmi les causes du délire *post-partum*, l'infection occupe la place la plus importante, et que dans la majorité des cas celle-ci a son origine dans des lésions subaiguës ou chroniques de l'appareil génital. Un examen systématique de cet appareil chez toutes les femmes atteintes de délire à la suite d'un accouchement permet bien souvent la découverte de lésions qui expliquent l'apparition des troubles mentaux, et si le rôle de celles-ci a été parfois méconnu, c'est qu'en général elles ne s'accompagnent pas de fièvre et que le moment où éclate le délire est déjà éloigné de l'époque de l'accouchement. Mais à côté de la cause déterminante d'ordre infectieux, il admet l'existence nécessaire d'une cause prédisposante qui consiste dans la dégénérescence mentale héréditaire ou acquise et dont l'action, en l'espèce, est d'autant plus marquée que la cause infectieuse aura été de moindre importance.

J'ajouterai que l'auteur s'est efforcé de citer tous les travaux que la question a fait naître soit en France, soit à l'étranger.

Le mémoire n° 3 est de M. le Dr Henri Damaye. C'est un « *Essai de diagnostic entre les états de débilités mentales* ». La dénomination générale de débilités mentales englobe les cinq catégories suivantes : dégénérescence mentale, débilité mentale proprement dite, imbécillité, idiotie profonde et idiotie complète.

Or, comme tous les auteurs sont encore loin de s'entendre, pour déterminer d'une façon précise la place qui revient à un malade dans cette classification, M. Damaye s'est proposé de trouver un moyen d'exploration intellectuelle qui fournît un terme de comparaison fixe pour classer les différents sujets dans telle ou telle catégorie. Un questionnaire composé de vingt articles ayant trait aux notions ordinaires de l'existence, et comportant un coefficient allant de 0 à 5 pour chacun des articles, lui a semblé le meilleur moyen de se rendre compte du niveau intellectuel des enfants qu'il examinait, et l'expérimentation ainsi pratiquée sur des cas nombreux lui a donné des résultats dont la constance démontrait la valeur de la méthode.

Digitized by Google

M. le Dr Charpentier est l'auteur du mémoire n° 4 : « *Etude sur la pathogénie des troubles mentaux liés aux lésions, circonscrites de l'encéphale* ». Il a eu surtout en vue l'hémorragie cérébrale et le ramollissement cérébral. Les malades atteints de lésions circonscrites de l'encéphale présentent, les uns une altération plus ou moins profonde des facultés psychiques alors que les autres les conservent intactes. Il est intéressant de rechercher la cause de ces différences : l'altération des facultés ne paraît pas pouvoir s'expliquer par la lésion d'un centre cortical de ces fonctions, car l'existence de ce centre est encore aujourd'hui hypothétique; elle ne semble pas non plus résulter du fait que les lésions atteindraient simultanément les deux hémisphères et rendraient ainsi toute suppléance fonctionnelle impossible. Elle reconnaîtrait pour cause des lésions diffuses associées ou surajoutées, soit des lésions vasculaires diffuses de l'encéphale, soit des lésions diffuses de méningo-encéphalite procédant d'une auto-infection surajoutée. Entre ces dernières lésions et celles de la paralysie générale, il n'y aurait pas de séparation irréductible. Quant aux idées délirantes susceptibles d'éclore sur ce terrain pathologique, elles pourraient, dans certains cas, résulter d'un processus d'auto-infection et d'auto-intoxication.

Le mémoire n° 5, de M. le Dr Juquelier est une « *Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication* (*Insuffisance hépatique latente et petit brightisme*). » Il nous montre qu'à la faveur d'un terrain prédisposé, l'insuffisance hépatique latente et le petit brightisme, isolés ou associés, peuvent être la cause d'accidents délirants. Ces délires n'ont pas de caractères qui leur appartiennent en propre ; ils consistent ordinairement en un état de confusion mentale s'accompagnant d'hallucinations visuelles ou auditives avec agitation plus ou moins vive. Les cas aigus peuvent facilement être confondus avec le délire alcoolique qui présente les mêmes caractères. Ces délires rentrent dans la classe des délires toxiques et infectieux, et la connaissance de l'étiologie permet de déduire des indications au point de vue de la thérapeutique et de la prophylaxie.

La thèse de M. le Dr Petit qui constitue le mémoire

Digitized by Google

n° 6 et qui a pour titre : « *Revue critique et clinique des atrophies musculaires progressives* », est une très intéressante analyse critique des travaux qui ont paru jusqu'ici sur les atrophies musculaires progressives. L'auteur, après une étude attentive des différents cas qui ont été publiés, fait un examen des cas de Charcot-Marie, et de Déjerine-Sottas ; pour lui, ce dernier cas semblerait se rattacher au tabes. Il passe en revue également les nombreuses formes non classées et insiste sur l'importance, au point de vue du diagnostic, de la réaction de dégénérescence. Partisan convaincu de la nécessité de l'unification du groupe des atrophies musculaires progressives, il propose une classification qui résume les idées défendues dans sa thèse.

ATROPHIES MYÉLOPATHIQUES (altération organique centrale) : type Aran-Duchenne, Vulpian, Werdnig-Hoffmann.

ATROPHIES NÉVRITIQUES (névrites étendues) : type Déjerine-Sottas, Charcot-Marie (?)

ATROPHIES MYOPATHIQUES (altération fonctionnelle probable du névraxe) : toutes les formes sans R. D.

Le mémoire n° 7 est intitulé : « *Etudes cliniques relatives à l'internement des aliénés réputés criminels* ». Son auteur, M. le Dr Maurice Olivier, s'efforce d'établir que « la création d'asiles spéciaux destinés aux aliénés réputés criminels ne s'impose par aucune raison clinique, pratique, thérapeutique, morale, pécuniaire ». Cette opinion voit diminuer de jour en jour le nombre de ses adhérents, à mesure qu'à la notion métaphysique de l'aliéné se substitue une notion positive, et j'avoue que la lecture de ce travail ne m'a pas rallié aux conclusions que M. Olivier a formulées.

Messieurs, tout en reconnaissant que plusieurs des mémoires dont je viens de faire une brève analyse, présentent de très sérieuses qualités, votre Commission estime que le travail de M. le Dr Privat de Fortunié doit occuper parmi eux la première place ; aussi vous propose-t-elle de lui décerner le prix Moreau (de Tours). Elle vous verrait aussi avec plaisir décerner des mentions honorables à MM. Juquelier, Damaye et Petit.

Conformément aux conclusions du rapport précédent,

Digitized by Google

M. le Dr Privat de Fortunié obtient le prix Moreau (de Tours). Des mentions honorables sont accordées à MM. Juquelier, Damaye et Petit.

La séance est levée à 5 heures.

J.-M. Dupain et A. Vigouroux.

SÉANCE DU 29 MAI 1905

Présidence de M. CH. VALLON

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Hamel, Lwoff, Marchand, Marie, Philippe, Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Briand qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Victor Parant fils, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

3° Des lettres de MM. Bonhomme, Boyer, Boulanger, Paul Minnaert, Privat de Fortunié, Trepsa, remerciant la Société des prix et récompenses qui leur ont été accordés ;

4° Une lettre de M. le Dr Bessière, directeur-médecin en chef de l'asile d'Evreux, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Christian, Moreau (de Tours) et Kéraval, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Mignot, médecin suppléant de la Maison nationale de Charenton, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Joffroy, Ritti et Sérieux, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Affaire Rachel Galtié, l'empoisonneuse de Saint-Clar. Rapport sur l'état mental de l'accusée*, par MM. Anglade, Pitres et Régis ;

Digitized by Google

2° *La Tempérance*, n° d'avril-mai 1905.

M. le Président déclare la vacance de deux places de membre titulaire.

Rapports de candidature.

M. Klippel. — Messieurs, dans le vaste champ de la pathologie, les travaux de M. le Dr Phulpin, ancien interne des hôpitaux, se distinguent tout d'abord par leur diversité.

En clinique, il fixe les caractères de la scoliose qui accompagne la sciatique et de sa forme atypique: il signale la gangrène d'emblée dans le mycosis fongoïde.

En étiologie, il démontre les myélites et les névrites grippales.

En anatomie, il étudie la dilatation des voies pancréatiques et biliaires par un calcul à l'embouchure du cholédoque; les abcès aréolaires du foie, la cirrhose cardio-tuberculeuse.

En biologie, il recherche l'envahissement et la pénétration des organes par les microbes dans la défaillance et la mort progressive de l'organisme et y trouve en des phases successives les staphylocoques et les colibacilles, puis les bacilles de la putréfaction, seulement plusieurs heures après la mort.

A cela j'ajoute encore un bon nombre d'articles publiés dans les manuels de médecine.

Il n'y a pas lieu de s'étendre ici sur les détails de ces travaux, ni même de mettre en relief l'intérêt que chacun d'eux comporte.

C'est qu'en effet, M. Phulpin ne se présente pas à notre Société sans avoir écrit un mémoire touchant les maladies mentales et, sans doute, c'est cette partie de son œuvre qu'il importe d'examiner tout particulièrement.

Dans un récent mémoire M. Phulpin a étudié à son tour la démence précoce, au moment même où ce sujet était déjà à l'ordre du jour.

Le problème que les aliénistes se sont posé à l'occasion de cette intéressante maladie est à la fois clinique et pathogénique.

Digitized by Google

En clinique, les limites de la démence précoce sont jusqu'ici restées assez imprécises.

L'anatomie pathologique y a montré dans presque tous les cas l'absence de lésions vasculo-conjonctives qui sont le caractère constant d'autres démences et la présence des lésions neuro-épithéliales, ce qui laisse à désirer une définition plus précise encore.

M. Phulpin, en abordant ce sujet, a su y appliquer un procédé d'investigation fécond, la recherche de lésions organiques datant d'une époque antérieure au développement des troubles mentaux. De telles lésions pourront montrer du moins sur quel terrain se développe la démence.

Sur trente et un malades examinés par M. Phulpin, sept d'entre eux présentaient un rétrécissement mitral pur, accompagné d'une tuberculose à évolution lente et circonscrite au sommet de l'un des poumons.

Le rétrécissement mitral pur démontre une tare organique précoce et congénitale; de plus, d'après Potain, on admet souvent que cette lésion est de nature tuberculeuse. De là, le dément précoce du sexe féminin serait au préalable et cela dans un grand nombre de cas, plus de 22 p. 100, un sujet dystrophique et infecté, marqué d'un arrêt de développement et d'une tuberculose ancienne. L'importance de ces faits pour la solution d'un problème, assez obscur jusqu'ici, ne saurait échapper.

Mais trouver 22 p. 100 de rétrécissement mitral pur chez la démente précoce, n'est-ce pas là une exception que ne réalisera probablement pas une statistique faite sur une autre série?

S'il se cache dans cette supposition un mot de critique de notre part, ce n'est pas pour diminuer, mais pour préciser la valeur des observations de M. Phulpin.

L'arrêt de développement par tuberculose et rétrécissement mitral pur est l'un des caractères possibles de l'organisme du dément précoce, il n'en est pas la marque habituelle.

La démence précoce, comme probablement toutes les autres formes des maladies mentales, n'est point autre chose qu'un syndrome.

La notion étiologique que M. Phulpin a dégagée

Digitized by Google

demeure certaine pour un certain nombre de cas et sa conclusion générale n'est d'ailleurs pas autre.

Entraîné par ses travaux antérieurs de pathologie, c'est par une méthode très originale et très intéressante qu'il est arrivé à étendre nos connaissances sur la maladie dont il s'agit, et nous devons l'en féliciter.

MM. Joffroy, Ritti et Klippel, que vous avez désignés pour examiner les titres de M. Phulpin, vous proposent, Messieurs, avec un vif empressement d'accorder à M. Phulpin le titre de membre correspondant qu'il a sollicité.

M. Phulpin est élu membre correspondant à la majorité des suffrages.

M. Vigouroux. — Messieurs, vous avez constitué une Commission composée de MM. Joffroy, Legras, et Vigouroux, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques du Dr Juquelier, qui désire être membre correspondant de la Société médico-psychologique. Votre Commission ne croit pas devoir vous entretenir longuement de cette candidature.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, interne des asiles de la Seine (le premier de sa promotion), puis médecin adjoint des asiles publics d'aliénés et chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, le Dr Juquelier a soumis au contrôle de notre Société la plupart des recherches auxquelles il s'est livré, seul ou en collaboration avec ses chefs de service et ses collègues. Citons, pour mémoire, différentes communications faites ici même en 1902 et en 1903 sur les *Délires par auto-intoxication*, et qui ont donné lieu à d'intéressantes discussions. Ces premiers travaux ont été condensés dans la thèse de l'auteur, parue en 1903, et récemment récompensée par la Faculté.

C'est à la suite d'une communication de M. Juquelier, en décembre 1902, que la Société médico-psychologique mit à son ordre du jour la discussion des rapports de l'*Hystérie et de la paralysie générale*. Plus récemment, avec le Dr Pierre Roy, M. Juquelier nous apportait une observation fort curieuse d'*Aphasie transitoire chez une morphinomane*. Il avait auparavant consacré son activité à une œuvre de plus longue haleine en collaborant

Digitized by Google

à l'un des volumes de la bibliothèque de psychologie internationale : *La Contagion mentale.*

Ayant été personnellement collaborateur de M. Juquelier, s'il m'est difficile de m'étendre sur ses travaux, je puis, en toute connaissance de cause, rendre hommage à l'étendue de ses connaissances médicales et aux qualités de son esprit.

Aussi, votre Commission, composée de ses anciens chefs de service, qui ont su et pu l'apprécier, est-elle unanime à vous proposer d'accorder au Dr Juquelier le titre de membre correspondant.

M. Juquelier est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages.

Hypocondrie et lésions organiques latentes,

par MM. Vigouroux et Collet.

Nous avons l'honneur de vous communiquer les observations de deux malades, l'un atteint d'hypocondrie, l'autre de mélancolie hypocondriaque, à l'autopsie desquels nous avons trouvé : chez le premier, un énorme lymphome tuberculeux de la région lombo-aortique, comprimant les vaisseaux et les nerfs de l'abdomen, et une méningite tuberculeuse terminale ; et, chez le second, un cancer de la petite courbure de l'estomac, avec lésions cérébrales beaucoup plus discrètes.

La première observation concerne un homme de quarante-neuf ans, employé des postes, entré volontairement à l'Asile, et présentant de l'hypocondrie.

Depuis de longues années, ce malade se plaignait de troubles gastro-intestinaux, de fourmillements et de lassitude dans les jambes, et de troubles variés dans la sphère génitale. Très préoccupé de sa santé, il attribuait ces troubles à une maladie de la moelle épinière, à des intoxications et à des infections diverses, et se trouvait incapable de continuer le travail très pénible qu'il avait accompli jusqu'alors. Tout en se plaignant beaucoup et souvent, il pouvait d'ordinaire s'occuper un peu; légèrement affaibli, au point de vue mental, il était sensible aux encouragements et aux paroles réconfortantes, et il suivait les traitements conseillés.

Quelques semaines avant sa mort, il s'alite avec les signes

Digitized by Google

d'une tuberculose pulmonaire qui évolue rapidement. A l'autopsie, on trouve de la tuberculose généralisée : poumons, plèvre, péritoine, rate, foie, etc. Mais la lésion la plus intéressante et qui n'avait pas été soupçonnée pendant la vie du malade, était un volumineux lymphome tuberculeux, plus gros que deux poings (1.450 grammes), accolé à la colonne vertébrale et comprimant l'aorte abdominale, les vaisseaux et les nerfs de l'abdomen. De plus, les méninges, qui avaient paru saines macroscopiquement, ont été reconnues, à l'examen histologique, manifestement tuberculeuses. La substance corticale paraît moins touchée (1).

Dans ce cas, l'infection tuberculeuse a d'abord produit ces adénomes lombo-aortiques, à évolution extrêmement lente, qui, par leur situation, ont échappé à tous les examens cliniques, et qui ont pu provoquer les troubles subjectifs accusés dans le domaine de l'intestin, des nerfs des jambes, de la sphère génitale; puis elle a agi sur le cerveau, et enfin a provoqué la mort par généralisation des lésions.

Le lymphadénome tuberculeux, par sa présence dans l'abdomen, a provoqué des troubles réels qui ont été la base des idées hypocondriaques et des interprétations délirantes du malade. L'infection tuberculeuse en action sur le cerveau a déterminé l'affaiblissement intellectuel et le délire.

Ce cas est à rapprocher des cas de délire hypocondriaque de la paralysie générale, dans laquelle on trouve, à la fois, des lésions viscérales et des altérations du sympathique, expliquant les idées hypocondriaques, et des lésions cérébrales expliquant le délire et la démence.

La deuxième observation est peut-être plus intéressante : elle se rapporte à un homme de cinquante et un ans, employé de commerce, présentant un délire mélancolique avec préoccupations hypocondriaques, sans hérédité vésanique.

Au moment de son internement, ce sujet se croyait atteint

---

(1) Ce cas a été communiqué à la Société anatomique. V. Tuberculose hypertrophiante des ganglions abdominaux et de la rate, avec généralisation terminale, chez un hypocondriaque, par MM. A. Vigouroux et G. Collet, *Bull. et Mém. de la Société Anatomique*, 3 mars 1905, p. 181-186.

Digitized by Google

d'une maladie secrète qu'il aurait communiquée à sa famille; en butte au mépris de tous, il ne voit pas de remède à sa situation, pas même la mort; il se dit ankylosé et refuse de bouger, il ne prend aucun soin de propreté, etc.; il n'a plus de sang, son œsophage est bouché, etc.

Cet état mélancolique s'était installé progressivement. Le malade eut d'abord des troubles dyspeptiques, qui furent suivis d'une certaine dépression neurasthénique; il ne put plus travailler, resta chez lui inoccupé. Puis, apparurent les idées hypocondriaques, qui sont directement l'explication des troubles cénesthésiques; il crut avoir un cancer de l'estomac. Après les dénégations du médecin, il dit avoir la syphilis, puis l'avoir communiquée à sa famille, etc.

L'examen physique ne révéla l'existence d'aucune tumeur; le malade est amaigri, il se plaint de l'estomac, mais il prend du lait et le digère bien; il n'a ni vomissement, ni mélæna.

Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation de son état, le malade devient cachectique, prend la teinte jaune paille des cancéreux et meurt le 6 mars 1903.

L'autopsie révèle l'existence d'un énorme épithélioma de la petite courbure de l'estomac, avec des noyaux secondaires dans le foie et thrombose d'une artère rénale. Les méninges paraissent épaissies, mais s'enlèvent facilement.

L'examen histologique permet de vérifier la nature épithéliomateuse de la tumeur et de constater dans le cerveau des lésions discrètes portant surtout sur les cellules. Celles-ci, en effet, sont très pigmentées, plus que normalement; elles sont en neuronophagie très marquée, et quelques-unes mêmes sont en voie de désintégration. Autour des artères corticales se trouvent quelques cellules rondes, mais cette périvascularite est discrète; elle est beaucoup plus marquée dans le bulbe, et les artères bulbaires postérieures ont leur paroi infiltrée et leur gaine périvasculaire pleine de cellules rondes. Les cellules du noyau du pneumogastrique sont très pigmentées; mais il est difficile d'affirmer que cette pigmentation dépasse la normale.

Chez ce second malade, nous trouvons, dans la présence de cet épithélioma de l'estomac, la cause première des troubles dyspeptiques et cénesthésiques qu'il ressentit d'abord, et que ses idées délirantes tentèrent d'expliquer. Mais nous trouvons aussi, dans l'action des toxines cancéreuses sur le cerveau, la raison anatomique qui a provoqué le délire.

L'action des toxines du cancer, sur le système neuromusculaire et sur tous les parenchymes de l'organisme, a été bien étudiée par M. Klippel (Les accidents ner-

Digitized by Google

veux du cancer, *Arch. gén. méd.*, 1899). A côté du délire terminal des cancéreux, délire dû non seulement à l'action des toxines cancéreuses, mais encore à l'auto-intoxication par insuffisance du foie, du rein, etc., on peut admettre une action directe et plus précoce des toxines cancéreuses sur le cerveau. Et ce cas, alors, se rattache à notre première observation, et par là se rapproche du délire hypocondriaque des paralytiques généraux. A côté de cette action pathogénique, nous admettons l'action émotionnelle due à la présence de la tumeur et aussi à son caractère latent ; nous admettons de plus une prédisposition à délirer.

Nous savons bien que tous les cancéreux ne délirent pas; mais nous savons aussi que tous les alcooliques ne délirent pas non plus, et cependant pour les alcooliques délirants, personne ne nie l'action pathogénique de l'alcool (1).

Suppuration et rémission dans la paralysie générale,

par MM. Marie et Viollet.

Web..., camelot, trente-sept ans, interné pour la première fois en juin 1903; au dire de son beau-frère, buvait depuis longtemps (huit absinthes par jour), était très souvent ivre et querelleur, ne pouvait rester chez aucun patron. Son métier primitif était carreleur.

Très excité et délirant depuis huit jours seulement avant le placement, rentrait en réclamant de l'argent, parce qu'il était attendu chez des gens haut placés à qui il allait avoir affaire pour du travail (idées de grandeur).

Veuf, sans enfants, vivait avec une maîtresse depuis cinq ans; violent sans méchanceté et vaniteux, n'avait pas eu d'accès similaire durant ce temps, sortait peu et ne découchait pas, ne faisait que des excès d'absinthe comme son père (homme très violent).

Antécédents héréditaires. — La mère très coléreuse, suicidée par pendaison.

Le père, mort à Vacassy, a eu deux enfants du sexe féminin

(1) Communication publiée *in extenso* dans les *Archives générales de Médecine*, 1905.

Digitized by Google

d'un premier lit, avec la sœur de sa deuxième femme; ces deux filles sont bien portantes et ont eu la vie normale d'ouvriers : M..., l'aînée, a soixante ans, sans enfants. — H..., l'autre, âgée de cinquante-sept ans, aurait eu des convulsions et a eu trois enfants avec des crises convulsives également. Mariée à un homme qui s'est noyé accidentellement avec l'un de ses enfants.

Du deuxième lit sont nés cinq autres enfants : Un fils de quarante-neuf ans, bien portant, père de deux enfants normaux. — Un fils de quarante-six ans, père de deux enfants vivants et de neuf autres morts en bas âge de méningite. — Un fils de quarante-trois ans, père de trois enfants vivants et de trois autres morts avant trois mois; l'un des survivants a eu des abcès froids. — Une fille de quarante-trois ans, très nerveuse, sans enfants. — Enfin, le malade, veuf sans enfant, interné pour la première fois en 1903.

Antécédents personnels.—Le malade n'a jamais fait d'études, même élémentaires; il écrit d'une façon très fruste, indépendamment de ses tremblements musculaires de paralytique; il a fait trois ans de service militaire en France et a obtenu un certificat de bonne conduite; pas de maladie au régiment, ictère avant l'incorporation, à dix-neuf ans (le malade prétend qu'à cette époque il ne buvait pas, mais c'est peu probable, car dès l'enfance il allait aux Halles pour revendre à la voiture, avec sa mère, les primeurs et autres denrées). Il nie avoir contracté la syphilis, reconnaît avoir eu la blennorrhée et des chancres volants, mais dit avoir toujours entendu dire à sa mère qu'il avait la syphilis de naissance, par son père (?).

Avoue avoir voulu se jeter en Seine, après avoir bu et perdu la tête le jour de son internement, et après avoir brisé son mobilier à Saint-Ouen et battu sa maîtresse.

A l'entrée (17 juin 1903) : Hallucinations et excitation assez intense. Loquacité continuelle, insomnie. Propos incohérents sur la voie publique, où il se déshabillait (délire alcoolique) : tremblements musculaires, parole hésitante, pupilles inégales. — Signé : Dr Legras.

M. Magnan constate l'affaiblissement intellectuel avec idées ambitieuses et activité désordonnée. Hallucinations éthyliques en voie de décroissance. Tremblement des mains, inégalité pupillaire, accrocs de la parole. Début probable de paralysie générale avec appoint alcoolique.

En juillet, le Dr Colin constate avec moi la persistance d'un certain degré d'excitation intellectuelle, les propos incohérents et les idées de richesses, les excès alcooliques avoués, l'inégalité pupillaire et l'embarras de la parole.

A l'examen physique, rien d'insolite; poids : 65 kilogr.;

Digitized by Google

taille, 1m68 ; tour du thorax, 82, sous les aisselles ; au dynamomètre, 36 à droite, 26 à gauche (bras gauche tatoué d'une fleur ; pas de cicatrice à la peau ni de plaie). Pouls, 80 ; respiration, 20 ; température, 37.5. Rien dans les urines, sensibilités normales.

Le malade dort la nuit, mange bien, pleure facilement, bien que se disant philosophe et rendu fou par la boisson et les femmes.

La ponction lombaire pratiquée, le 15 juillet, avec le Dr Duflos, donne par le bleu d'Unna et l'hématoxyline :

Huit à dix lymphocytes par champ ;

Un ou deux mononucléaires ;

Pas de cellules épithéliales ;

Liquide céphalo-rachidien peu abondant à la ponction.

Les nuits meilleures ne sont cependant pas exemptes de cauchemars ; c'est ainsi qu'à l'entrée, isolé au 6e, il a rêvé de batailles et a vu le combat de Solférino dans sa cellule.

L'examen du fond d'œil, pratiqué avec M. le Dr Léry, montre à la lampe les pupilles réagissant à la lumière, mais moins bien qu'à l'accommodation, surtout à droite, où l'iris est notablement plus dilaté et paresseux. Les pupilles sont jaunes rougeâtres, infiltrées, à bords très flous, les vaisseaux du fond de l'œil réguliers.

Le malade a un délire euphorique se ressentant de ses rêves de batailles combinés aux lectures de journaux quotidiens, et croit avoir combattu la nuit avec les Russes contre les Japonais.

A mesure que les nuits s'améliorent, le malade s'affaiblit et s'alite, passant des cellules du 6e au 7e, quartier des gâteux. Là, deux mois après son entrée, il paraît arriver à la période de cachexie, mangeant à la cuillère et ne se levant plus, maigrissant rapidement et nécessitant des soins spéciaux pour éviter les érosions du siège et des reins.

Le 13 août, à la visite, on remarque une rougeur de la peau au thorax, région sternale antéro-latérale gauche, à quatre travers de doigt au-dessous de la clavicule. Ce point est peu douloureux à la pression, mais devient rapidement fluctuant ; ouvert le jour même, il donne un pus lié jaune-vert, peu abondant.

A l'auscultation, rien d'insolite.

Pansement ordinaire.

Deux jours après, un autre foyer semblable, sans que le premier soit tari d'ailleurs, se développe à 2 centimètres en avant du sein gauche, sur le même niveau horizontal ; mais l'ouverture de ce deuxième foyer donne une quantité notable de pus nécessitant plusieurs bassins et s'écoulant d'une cavité établie par décollement des parties molles superficielles, comme le

Digitized by Google

montrent les pressions à distance. Des drains sont mis en place et les pansements nécessaires appliqués.

Toujours rien à l'auscultation.

Le malade se plaint de ce que les Japonais cherchent à pénétrer dans son intérieur. C'est lui qui est Port-Arthur, etc.

Diminution progressive de la suppuration, fermeture de la fistule supérieure sternale, en septembre.

Mais en octobre, le malade, alité et gâteux, qui a continué à décliner et dont la plaie inférieure suppure toujours abondamment, semble respirer mal, et à l'auscultation nous trouvons une matité nette à gauche, et tous les signes d'une pleurésie purulente que la température du malade confirme. Le malade est transféré d'urgence au pavillon de chirurgie, malgré un état général fort précaire, tel que celui qu'on observe à la troisième période de la paralysie générale.

Le 17 octobre, M. Picqué constate la persistance de deux fistules, l'inférieure seule fluente, mais correspondant avec l'autre par un trajet superficiel sous-costal de haut en bas; le stylet décèle, en outre, un trajet inférieur d'avant en arrière; la résection bi-costale est pratiquée à ce niveau comme pour une pleurésie médiastine.

La plèvre est, en effet, trouvée épaissie, cloisonnée, refoulée au-dessus d'une collection sus-diaphragmatique, qui amène, dans une deuxième opération, le chirurgien à opérer un véritable désossement de la paroi thoracique gauche antérieure sur l'étendue de cinq côtes, afin de vider et assainir une pleurésie enkystée, d'une contenance de près de 2 litres de pus (décembre 1904). L'examen de ce pus, pratiqué par M. Vian, au pavillon de chirurgie, décèle un pus à streptocoque (1).

Lavages à l'eau oxygénée dans le trajet.

Pansement à plat, teinture d'iode sur l'ouverture fistulaire.

En janvier, le malade a gagné 16 kilogrammes et rentre à Villejuif. Deuxième ponction lombaire.

Liquide transparent, sans pression, présentant un mononucléaire sur le champ et un assez grand nombre de lymphocytes.

Le malade n'est plus gâteux; il cause facilement, bien qu'avec des accrocs de la parole, mais l'idéation est relativement

---

(1) Examen microscopique, après coloration simple (thionine) et coloration par la méthode de Gram. Nombreux leucocytes polynucléaires; micrococcus en chaînettes assez longues, prenant le Gram. *Streptocoques*. Pas d'association microbienne.

Culture sur bouillon : Liquide resté clair, léger dépôt floconneux au fond du tube. *Streptocoques purs*.

Ensemencement sur gélose : Piqueté de petites colonies très fines, séparées les unes des autres. *Streptocoques purs*.

Digitized by Google

vive. Euphorie sans délire. Il dit avoir encore des Japonais dans l'intérieur, mais c'est une blague, une façon de parler, dont il rit, se souvenant qu'il a cru avoir le siège de Port-Arthur en lui. C'est pour plaisanter les mouvements qu'il sent dans son estomac ; il dit qu'il se figurait des choses fausses, et se rappelle sa vision de Solférino. Tremblement persistant des muscles de la face, des lèvres et de la langue ; marche les yeux fermés et fait demi-tour. Réflexes très exagérés.

Examen du sang : 6.279.360 globules rouges. Globules blancs rares. Un seul leucocyte dans le champ.

L'inégalité pupillaire persiste, mais il y a retour des réactions faciles à la lumière et à l'accommodation ; au cours de cette dernière même, il corrige presque l'inégalité. Persistance d'une fistule cutanée donnant un pus séreux examiné en mars 1905 par M. le Dr Halsberstadt, qui y a trouvé du bacille tuberculeux par la méthode de Kuhne, avec des microbes autres et des streptocoques associés.

Déformation notable du thorax, cicatrices multiples avec glissement du lambeau et déformation compressive du thorax à gauche. Diminution notable du champ respiratoire correspondant, et bruits de cuir neuf, dus aux adhérences pleurales étendues.

La mémoire est nette ; il donne des détails complets sur sa famille, sa vie, le caractère, l'âge, le nombre d'enfants de ses frères et sœurs. Fait des opérations arithmétiques, de multiplications, facilement : 9×9, 4×9, 5×9, 6×8, etc.

Le malade s'occupe régulièrement comme auxiliaire et réclame sa sortie ; son embonpoint est évident et ses troubles mentaux et physiques très amendés.

Cependant, le 4 janvier, il a eu une accentuation de la suppuration avec des quintes de toux et de l'insomnie. Il reprit durant une journée sa croyance aux Japonais, qu'il accusait de nouveau de le persécuter ; ils l'empêchaient de dormir et l'agaçaient dans la poitrine. Ce délire a disparu avec la toux et la suppuration qui l'accompagnait. Le malade, sorti en liberté le 15 juin, est revenu nous voir en bon état général depuis (persistance d'une très légère inégalité O. G. > O. D.).

La question des rémissions de la paralysie générale dans leurs rapports avec ces suppurations spontanées plus ou moins considérables a, dès longtemps, attiré l'attention des observateurs. On peut rappeler, entre autres, le travail de Baillarger sur le sujet (*Annales médico-psychologiques*, 1840) et le *Traité de la paralysie générale*, d'A. Voisin qui le cite. Baillarger attribue les

Digitized by Google

faits d'amélioration de paralysie générale, à la suite de plaies, à la suppuration que celles-ci provoquent.

En 1871, Decorse, dans sa thèse sur la chirurgie des aliénés, considère qu'il existe une véritable diathèse purulente et gangreneuse chez les paralytiques, et cite des cas où ces complications (phlegmons, eschares, érysipèles, etc.) semblent avoir agi en produisant une révulsion, une dérivation salutaire.

M. Doutrebente, en 1878, cite aussi un grand nombre de rémissions de paralysie générale survenues à la suite de suppurations prolongées.

« On peut voir dans ces cas, dit M. Vallon, nous ne dirons pas des guérisons, mais des améliorations très notables. La paralysie générale est pour ainsi dire enrayée dans sa marche ; il y a un temps d'arrêt plus ou moins net dans son évolution, quelquefois même la maladie rétrograde, et le paralytique sort du marasme de la troisième période pour reprendre l'embonpoint et l'apparence de santé si fréquente dans la seconde.

« L'amélioration paraît porter surtout sur l'état physique ; l'état intellectuel, au contraire, est plus rarement et moins heureusement influencé ; le délire, quand il existe, disparaît dans un certain nombre de cas, mais quand la démence est déjà produite, elle persiste. »

C'est en se fondant sur ces vues qu'ont été instituées des méthodes de traitement encore préconisées par plusieurs auteurs modernes, exemple : les sétons, pointes de feu profondes et répétées à la nuque, etc.

M. Vallon, dans sa *Thèse* (1882), les recommande : « De cette influence, heureuse en somme, des plaies sur la paralysie générale, ressort une indication pratique de premier ordre. Il faut créer aux paralytiques généraux des plaies artificielles, leur mettre des moxas, des sétons, etc. Ces moyens ont donné et donnent tous les jours d'excellents résultats à la clinique des maladies mentales, surtout à la première période de la maladie, et on ne saurait trop insister sur l'utilité de leur emploi. Il faut agir et agir énergiquement, car le danger est immense. »

En 1880, M. Christian, dans les *Annales médico-psychologiques*, page 224, était revenu sur le sujet en rapportant deux observations typiques à notre point de

Digitized by Google

vue. Mais M. Christian, commentant ces faits et ceux des auteurs, s'étonnait de l'insuccès des suppurations provoquées et entretenues (révulsif, moxas, sétons, etc.), qu'il dit avoir tentées dans un but thérapeutique mais sans résultat.

Dans les applications récentes de suppurations provoquées par abcès de fixation à l'aide d'injections de térébenthine stérilisée, les médecins écossais signalent également l'insuccès de ces méthodes thérapeutiques appliquées aux paralytiques généraux, alors que sur d'autres cas de folie, manie surtout, ils auraient obtenu plusieurs rémissions et cures (15/20). [Dr Lew. Bruce, *Journal of mental science*, avril 1903.]

Pour nous en tenir au cas que nous venons de citer, nous voyons coïncider une rémission notable avec *la cure* d'une suppuration développée à une phase de la maladie qui offre toutes les apparences d'une cachexie finale. Serait-ce la suppuration imminente échéante qui aurait déprimé l'état général du malade plus que la paralysie générale? Cette suppuration était évidemment due à une de ces infections latentes ou secondairement incidentes, si fréquentes au cours des paralysies générales.

Mais en supposant que son développement sous forme de collection abcédée ait pu agir comme processus de fixation, l'intervention chirurgicale qui y mit fin semble avoir agi non moins activement pour sauver ce malade, qui n'eût pas manqué de périr sans elle.

Le point délicat est d'établir le départ exact entre l'influence de la suppuration initiale et de sa cure chirurgicale sur la paralysie générale et ses rémissions.

Il est permis de se demander si un traitement abortif de la suppuration à son début eût été suivi de la même rémission; la suppuration a pu avoir quelque action directe sur les éléments infectieux en les fixant et en suscitant une réaction défensive leucocytaire favorable; mais l'intervention chirurgicale était doublement et à coup sûr urgente pour l'élimination des éléments nocifs fixés.

Digitized by Google

DISCUSSION

M. CHRISTIAN déclare n'avoir jamais obtenu de résultat en provoquant des suppurations chez les paralytiques généraux à l'aide de sétons ou de vésicatoires. Il observa, au contraire, des rémissions à la suite de suppurations spontanées.

Confusion mentale et otite suppurée,

par les Drs PIERRE ROY et GUISEZ.

MM. Pierre Roy et Guisez rapportent l'observation d'une jeune fille de vingt-cinq ans, qui présenta pendant plusieurs semaines un *état toxi-infectieux* (langue saburrale, constipation, albuminurie légère avec indicanurie, fièvre oscillant autour de 38 degrés) avec *troubles mentaux d'allure confusionnelle* (état de demi-stupeur avec agitation par intervalles, facies ahuri et anxieux, mutisme intermittent, refus partiel d'aliments, idées délirantes polymorphes à base d'idées de persécution et de craintes d'empoisonnement, hallucinations multiples de la vue, de l'odorat, etc.).

Le repos au lit, le régime lacté intégral, les grands bains prolongés, le calomel à petites doses ne tardèrent pas à améliorer simultanément les troubles physiques et psychiques. Mais, en même temps que la malade reprenait conscience de son état, elle commençait à se plaindre violemment de la tête. Un examen local attentif permit de rapporter cette céphalée à l'existence d'une *double otite suppurée post-scarlatineuse* remontant à l'âge de quinze ans. Le traitement local entrepris avec beaucoup de soins donna une prompte guérison du côté gauche ; mais du côté droit il fallut recourir à l'opération radicale sous chloroforme (*évidemment pétro-mastoïdien*, opération de Stacke), pour obtenir la disparition définitive de toute lésion. Actuellement, la malade est en très bonne santé, tant au point de vue local qu'au point de vue général : l'embonpoint, la mine florissante, le parfait équilibre mental permettent d'espérer qu'après

Digitized by Google

bientôt un an elle peut être considérée comme véritablement guérie et d'une manière définitive.

Cette observation pose une fois de plus la question déja vieille des *relations existant entre les troubles mentaux et les affections de l'organe de l'ouïe.* Mais, le plus souvent, il s'agit, dans les cas rapportés, de troubles psycho-sensoriels (hallucinations de l'ouïe), plus ou moins directement en rapport avec les lésions de l'appareil auditif. Au contraire, les cas d'otite suppurée ayant déterminé une affection mentale assez nettement caractérisée sont en petit nombre (Bouchut, Fuerstner, Paul Robin, Toubert et Picqué, etc.). Notre observation nous paraît présenter le mérite d'avoir pu être suivie très attentivement, tant au point de vue mental qu'au point de vue otologique. Si nous avons pensé pouvoir établir un lien entre l'ancienne otite suppurée et la confusion mentale d'origine toxi-infectieuse, ce n'est pas seulement en raison de leur coexistence chez notre malade, ni même en raison de la remarquable coïncidence du traitement otitique et de l'amélioration psychique ; c'est encore et surtout parce que certains des troubles mentaux, telles les hallucinations du goût et de l'odorat, avec craintes d'empoisonnement, nous semblent pouvoir s'expliquer grâce à la communication de l'oreille moyenne avec le naso-pharynx par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache.

Sans doute notre malade n'était pas exempte de tares psycho-névropathiques héréditaires et personnelles ; elle avait même présenté un an auparavant un accès de courte durée que les parents nous ont dit avoir été assez semblable au second. Mais, même chez une prédisposée, il nous paraît qu'il y a un très grand intérêt à traiter efficacement toute lésion locale susceptible de faire se manifester une prédisposition jusqu'alors latente.

DISCUSSION

M. Legrain. — Ce cas est extrêmement intéressant, et je me rappelle en avoir observé un plus démonstratif encore. Il s'agit d'un étudiant en droit qui, à la suite d'une angine, eut une otite suivie bientôt de mastoïdite qui nécessita une intervention chirurgicale. Le malade

Digitized by Google

fut interné à Ville-Evrard avec de la confusion mentale, des désordres sensoriels intenses, perte de la notion de l'espace et du temps. Malgré la disparition de la lésion, les troubles délirants persistèrent pendant six mois et la guérison survint brusquement en quelques jours. La prédisposition du sujet permet d'expliquer la curabilité de ces états et la fréquence des rechutes.

M. Sérieux ajoute que ce même malade, dont M. Legrain vient de rapporter l'observation, eut deux ans plus tard, sans coïncidence d'aucune lésion locale, un accès délirant analogue au premier.

M. Vigouroux demande à M. Roy s'il pense que la lésion siégeant ailleurs, le délire aurait été différent. Le délire présenté par son malade a eu l'apparence d'un délire toxi-infectieux ordinaire.

M. Legrain insiste sur la nature spéciale des hallucinations du malade qu'il a eu l'occasion d'observer. Il croit que la prédominance otitique du délire n'aurait pu se manifester à un tel degré si le siège de la lésion eût été différent.

M. Kéraval rappelle l'existence d'un mémoire très important de M. Bechterew sur « *la folie hallucinatoire qui se développe à l'occasion d'une affection commune de l'oreille* ». On trouve dans ce mémoire des observations très complètes de cas analogues à celui de MM. Pierre Roy et Guisez.

M. Arnaud s'étonne que M. Roy attribue au traitement local une action aussi nette et aussi rapide sur les troubles mentaux. Il fait remarquer que le malade avait déjà eu un accès délirant antérieur guéri sans intervention et que d'ailleurs, pour l'accès actuel, les troubles mentaux étaient déjà améliorés lorsque l'intervention chirurgicale fut décidée.

M. Roy. — La malade, lorsqu'elle fut opérée, n'était plus stupide, négativiste ; elle commençait à parler ; l'amélioration était donc très nette ; mais l'intervention chirurgicale qui supprime le foyer en même temps qu'elle accélère la guérison, écarte la possibilité d'une rechute.

M. Arnaud. — Il y a là deux questions à envisager : une question pratique, et nous sommes tous d'accord sur la nécessité de l'intervention chirurgicale dans les cas

Digitized by Google

où l'existence d'un foyer infectieux coïncide avec l'apparition d'un accès délirant; une question théorique d'ordre plus élevé : celle de savoir si, même chez un prédisposé, l'apparition d'un accès délirant peut disparaître avec la guérison des troubles somatiques. Or, pour le cas présent, le doute subsiste d'autant plus que l'état mental de la malade de M. Roy était déjà amélioré avant le traitement chirurgical de la lésion locale.

Tentative de suicide chez un mystique par introduction d'un corps étranger dans l'œsophage,

par M. Ch. Azémar,
Interne de la Maison de santé de Picpus.

Messieurs, laissez-moi tout d'abord vous demander la plus grande indulgence pour la présentation de ma modeste communication. C'est en raison de l'intérêt que présente le malade et aussi de l'étrangeté du corps étranger qui fait l'objet de cette observation, que je me suis permis de la développer devant vous, encouragé d'ailleurs par les paroles de votre respecté président dans son discours d'installation où il fait appel au concours des jeunes; j'ai fait mon possible pour suivre les judicieux conseils qu'il y donne.

M. Jules D..., entré à la Maison de santé de Picpus le 12 janvier 1905, est un dégénéré dont le délire se caractérise surtout par des idées mystiques accompagnées d'hallucinations auditives et d'impulsions au suicide et à l'homicide. Notre malade est un colosse, il mesure $1^{m}93$; sans présenter de signes physiques très nets de dégénérescence, on constate néanmoins un développement exagéré de la boîte cranienne par rapport à la face (persistance du crâne fœtal).

Pas d'antécédents héréditaires.

Au point de vue personnel, l'histoire du malade est assez intéressante. C'est un enfant du siège; il est né à Paris le 14 janvier 1871. Sa famille habitait le quartier populeux de Charonne, et, quoique sa mère nous dise qu'elle n'a pas eu d'accidents pendant la gestation, il n'en est pas moins probable que le spectacle attristant qu'elle a eu sous les yeux a dû provoquer chez elle des émotions violentes et créer des prédispositions chez l'enfant.

Digitized by Google

L'enfance a été normale et notre malade, au dire des parents, était même un sujet brillant; il a fait de bonnes études et, jusqu'à l'âge de dix-huit ans, on n'a rien eu de particulier à noter.

A ce moment, M. Jules D... a été soumis à la direction de pères jésuites qui ont développé des tendances mystiques que l'éducation religieuse antérieure avait créées. A la suite de ces suggestions religieuses, la famille constata une modification profonde du caractère, qui devenait concentré et plus sombre; le malade, tout entier à ses nouvelles idées, négligeait ses occupations, se désintéressait de ce qui l'entourait, au grand chagrin de ses parents qui comptaient le voir continuer l'exploitation d'une grande industrie qu'ils avaient créée et développée. De vingt à trente ans, il a passé par une période de vie contemplative, hypnotisé par la préoccupation de son salut éternel.

Au mois d'août 1900, sous l'influence de plus en plus dominante de ce mysticisme, M. Jules D... prétexte un voyage et disparaît du domicile de ses parents, qui apprennent une quinzaine de jours plus tard que leur fils est entré dans un couvent de Trappistes. Il se trouve très heureux de consacrer sa vie à Dieu et cherche par toutes sortes de mortifications à mériter le ciel.

Cependant sa vocation est parfois hésitante et il demande des conseils à un père jésuite, son ancien directeur; l'extrait d'une lettre en réponse à ses hésitations nous donne une idée des suggestions mystiques auxquelles il était soumis :

« Mais, il me semble que toute difficulté disparaîtrait peu à peu si vous embrassiez chaque matin avec courage et amour la croix de la journée.

« Cette croix pour vous est spécialement la lutte contre votre lenteur, votre mollesse, vos hésitations. Si vous preniez bien à cœur de vous vaincre sur ces points en demandant à Dieu avec plus d'instance, avec gémissements, sa grâce, une grâce plus abondante, vous feriez en peu de temps des progrès sensibles et la joie que vous en éprouveriez vous en ferait faire de plus grands.

« La pensée de chercher un autre ordre me semble une tentation. Il faut absolument que vous soyez tout entier à Dieu, *sans que votre famille entre pour la moindre partie dans vos déterminations*. Cherchez uniquement le royaume de Dieu et sa justice, c'est-à-dire la volonté de Dieu sur vous, votre salut, votre sanctification, le service de Dieu selon vos aptitudes; *Dieu prendra soin des vôtres*. Je prie bien instamment le cœur sacré de Jésus et le cœur immaculé de Marie de vous accorder la grâce de persévérer là où leur amour pour vous vous a placé. »

Digitized by Google

Il se soumet à de très durs travaux physiques, suit avec une rigueur extrême la règle si sévère de la Trappe, s'alimente mal et d'une manière insuffisante. Après dix-huit mois de ce régime, on constate chez lui une altération profonde de la santé physique, suivie de l'éclosion d'une crise délirante avec impulsions très violentes; le malade cherche à frapper, à mordre surtout les personnes qui l'approchent, voit le diable autour de lui, et devient tellement dangereux que les Pères effrayés le renferment dans un petit réduit et provoquent son entrée à l'asile de Bourg (Ain). Dans une crise d'agitation, le malade s'est mordu au petit doigt de la main droite; la plaie, qu'il est impossible de soigner, s'infecte et détermine un phlegmon grave; la main, un instant compromise, a pu être conservée et les suites de cet accident se bornent à la désarticulation du petit doigt et du 5e métacarpien. A l'asile, le malade était très violent, il présentait des impulsions homicides constantes et il est resté plus d'un mois fixé au lit avec une surveillance très étroite.

Sorti plus calme après deux mois de séjour, le malade est envoyé par ses parents à la campagne, où on emploie son activité à la direction d'une exploitation agricole peu absorbante.

Dix-huit mois après, sans cause appréciable, nouvelle crise délirante avec les mêmes dispositions impulsives; on le ramène non sans peine à l'asile de Bourg. Pendant le voyage, son père et un infirmier qui l'accompagnait eurent toutes les peines du monde à l'empêcher de jeter par la portière du train en marche un voyageur qui se trouvait dans le même compartiment. Après deux mois de séjour à l'asile, nouvelle rémission : le malade rentre chez lui et reste tranquille pendant un an. Il est plutôt humble, disposé à s'accuser et demande pardon de ses violences.

Enfin, en janvier dernier, M. Jules D... fait une nouvelle fugue de son domicile, dans le Gard, où il habite avec ses parents, pour venir à Paris, se confesser à un de ses anciens directeurs. Comme depuis quelques jours on avait constaté une inquiétude plus grande chez le malade, et qu'on soupçonnait à juste titre une nouvelle crise, on nous le conduit à son arrivée à Paris. Aussitôt en notre présence, il se jette à nos genoux, nous fait des protestations très vives de soumission au traitement que nous lui imposerons et promet de suivre scrupuleusement nos conseils; il conserve dans ses mains un chapelet et une médaille, armes redoutées de Satan. Au bout de quelques heures, il tombe dans un mutisme absolu, ses yeux deviennent hagards, le visage est vultueux; cependant il se couche et s'endort tranquillement. Au milieu de la nuit, avant que l'infirmier qui couche dans sa chambre ait pu intervenir, il se précipite sur la fenêtre, passe sa tête à travers un carreau et se met frénétiquement à se scier le

Digitized by Google

cou sur les débris de verre ; il prend des fragments qu'il avale après les avoir cassés entre ses dents ; il repousse les infirmiers qui veulent l'empêcher de se nuire, il crie qu'il doit mourir, qu'il doit souffrir, qu'il mérite tous les supplices. Cette crise impulsive ne dure que quelques heures, elle est suivie d'une période de dépression et d'obnubilation intellectuelle, les souvenirs des actes auxquels il s'est livré sont peu précis. Deux jours après, nouvelle tentative : le malade essaie de casser entre ses dents le verre avec lequel on lui donne à boire. Devant cet état, nous imposons le séjour continu au lit avec bromuration intense et nous obtenons assez rapidement une amélioration.

L'observation du malade nous révèle, peu de jours après son arrivée, des illusions sensorielles multiples et des hallucinations auditives très actives, surtout la nuit ; il entend des voix qui le menacent de l'enfer, ses parents enfermés dans une pièce voisine appellent au secours ; on lui ordonne de se mutiler ; mais aussi, il entend les voix des médecins de la maison qui lui défendent d'agir, et il avoue qu'il sait bien que nous agissons sur lui d'une manière occulte, qu'il ferait bien d'autres tentatives s'il ne savait pas que nous avons le pouvoir de lui faire rendre ce qu'il pourrait avaler pour se faire du mal. Ceci ne l'empêche pas de se livrer à de nouveaux essais et, un jour, au moment où l'infirmier se dispose à lui donner sa dose de bromure, il arrache de ses mains la bouteille contenant la solution et absorde d'un trait environ 20 grammes de bromure de potassium sans qu'il en résulte d'ailleurs autre chose qu'une légère prostration pendant quarante-huit heures.

Enfin, le 9 mars dernier, à 8 heures du matin, le malade s'empare d'un vaporisateur placé sur sa table de toilette et cherche à en avaler l'armature métallique. Appelé aussitôt, nous sommes assez heureux pour retirer de sa bouche un fragment de tube de verre de 2 millimètres de diamètre et de 10 centimètres de longueur, c'est le tube qui plonge dans le liquide ; le reste de l'appareil est passé dans le pharynx et, quoique nous puissions l'atteindre et le toucher avec un doigt, nous ne réussissons pas à l'extraire, le malade cherchant à mordre et faisant tous ses efforts pour faire descendre le corps étranger, malgré la douleur atroce qui se traduit sur son visage par d'effrayantes grimaces. Ne disposant pas de l'instrumentation nécessaire pour procéder à l'extraction, nous conduisons d'urgence M. Jules B... à l'hôpital Saint-Antoine, où M. Hautant, interne du service de M. Lermoyez, réussit rapidement à cueillir le corps étranger que je mets devant vos yeux. C'est un tube métallique d'environ 12 centimètres de longueur, et d'un diamètre de 5 millimètres, présentant en son milieu un renflement de 15 millimètres de diamètre, d'où part un appen-

Digitized by Google

dice qui sert d'amorce à la soufflerie. A l'une de ses extrémités est resté fixé un bout de tube de verre coupé en biseau, qui a profondément labouré la muqueuse pharyngo-œsophagienne.

Le corps étranger était placé, obliquement, dans la partie supérieure de l'œsophage; le petit diverticule, logé dans la gouttière sous-épiglottique, a empêché l'objet de descendre plus profondément; il constituait en même temps une difficulté pour l'extraction; il a fallu saisir le tube le plus près possible du renflement et le faire basculer pour lui permettre d'effectuer son voyage de retour. Les suites de cet accident ont été très bénignes; il y a eu de la dysphagie pendant quelques jours, le malade a dû être nourri avec des aliments liquides. Comme toujours, après cette nouvelle incartade, nous avons eu une période d'accalmie avec expression de regrets et excuses de l'alarme donnée; cette période de tranquillité a duré quelques jours. Depuis, le malade a été transféré par sa famille dans un asile de province.

Le principal intérêt de cette observation, en dehors de la bizarrerie de l'objet qui a servi à cette tentative, c'est la recherche, chez notre malade, de moyens de suicide provoquant des souffrances physiques intenses, et particulièrement le choix d'objets en verre qu'il fait des efforts pour avaler ou de vitres sur lesquelles il se précipiterait; c'est ainsi que nous avons été obligé de l'encadrer de quatre personnes pour lui faire passer les portes vitrées de la salle d'opération à Saint-Antoine. Poussé par ses idées mystiques, il doit mourir, mais mourir en martyr, avec des raffinements de souffrance, et ce n'est peut-être pas autant la mort que le supplice qu'il demande. Nous appellerons aussi l'attention sur l'impulsivité qui préside à ces tentatives, que rien dans son attitude ne fait prévoir; il prend une détermination subite, sa sensibilité, à ces moments, paraît complètement abolie, son visage prend une expression effrayante de sombre désespoir et de résolution farouche, et il cherche frénétiquement à se mutiler. Pendant tout le temps que dure sa crise, il doit être l'objet d'une surveillance très étroite; on est obligé de le maintenir fixé dans son lit, et nous ne craignons pas d'affirmer que, dans ces périodes, la camisole de force est absolument nécessaire pour assurer une contention plus efficace que la présence d'un ou plusieurs infirmiers dont l'attention peut se distraire un moment. Notre malade la réclame

Digitized by Google

d'ailleurs dans les rares occasions ou il sent venir sa crise.

L'analyse des caractères spécifiques de ces crises nous a conduit à penser à leur attribuer une origine comitiale, soudaineté de leur apparition, obnubilation intellectuelle passagère consécutive, violence extrême et instantanée des manifestations délirantes, et enfin fugues survenant brusquement au cours de périodes de rémission complète, tous ces phénomènes pourraient être considérés comme des équivalents épileptiques, tels qu'on les observe dans les *cas d'épilepsie larvée* qui ont été décrits. L'amélioration relative survenue à la suite d'un traitement bromuré intense ne pourrait que confirmer cette hypothèse.

Deux cas de perversion sexuelle causée par des difformités acquises des organes génitaux,

par le Dr Marcel Viollet, interne des asiles de la Seine.

Nous publions ici deux cas de perversion sexuelle avec difformités génitales acquises.

Nous devons ces deux cas à l'extrême obligeance de notre ancien maître, M. le Dr Marie. Les deux malades en question sont encore actuellement dans son service de Villejuif.

L'importance des malformations et difformités génitales dans la genèse des perversions sexuelles n'est pas une notion récente. Les anciens cliniciens qui faisaient jouer un grand rôle aux troubles physiques dans l'explication des troubles mentaux recherchaient toujours ces malformations génitales.

C'est ainsi que Legrand du Saulle, Moreau (de Tours) et d'autres de leurs contemporains font jouer un grand rôle aux vices de structure physique.

Une théorie différente tend maintenant à prévaloir. C'est celle qui veut voir dans les perversions sexuelles une manifestation de la déséquilibration mentale, héréditaire ou acquise, et à placer dans les centres nerveux

Digitized by Google

supérieurs — sans déterminations plus précises — l'ori- l'origine des perversions sexuelles.

Krafft-Ebbing décrit une manière d'être spéciale chez les invertis sexuels qui garnit leur caractère et leur esprit des qualités spéciales à l'autre sexe que le leur. En quelque sorte, dans ces cas, l'inverti ne ment qu'à son sexe physique, mais reste normal vis-à-vis de son sexe psychique. C'est indiquer ainsi une tendance à reporter au cerveau toutes les manifestations sexuelles.

Nous pensons que dans un certain nombre de cas on pourrait retrouver une malformation génitale comme point de départ de la perversion.

Et nous voulons surtout parler de malformations génitales d'importance minime : hypospadias, phimosis, brièveté du filet, cicatrices douloureuses, ou empêchant l'érection complète, présence de verrues, etc..., etc... Combien de fois ces minces lésions ont empêché des individus d'esprit faible de s'adonner aux plaisirs normaux, parce qu'un premier essai avait été douloureux ou nul en ses résultats, ou même parce qu'ils ont craint, avant tout rapprochement, d'étaler aux yeux d'une femme des lésions dont ils s'exagéraient le ridicule! Et il est très difficile de découvrir ces minuscules tares, parce que les individus qui en sont porteurs s'en cachent comme d'une honte, et, la tare elle-même découverte, se refusent à laisser pénétrer l'observateur dans le coin sexuel de leur histoire intime. Il entre là en ligne de compte le stupide orgueil des débiles.

Nous ne prétendons pas, en effet, que la présence seule d'une malformation bénigne puisse provoquer une perversion sexuelle chez un individu normal à tous autres égards. La malformation n'est qu'un des éléments du problème, l'autre est la faiblesse mentale, congénitale ou acquise. Cette faiblesse mentale, en faisant perdre ou en empêchant d'acquérir les notions normales et esthétiques qui s'opposent aux déviations perverses, en diminuant la volonté propre, en augmentant la suggestibilité aux mauvais entraînements, prédispose l'individu aux perversions sexuelles. La malformation joue ici le même rôle qu'un chagrin qui fait naître un délire chez un débile, le rôle de cause occasionnelle.

Digitized by Google

Dans les observations que nous publions ici, il y a deux points à noter : d'abord, la débilité mentale manifeste, précédant la malformation, et n'ayant pu, à elle seule, produire la perversion qui n'apparaît qu'après et à l'occasion de la difformité acquise.

Obs. I. — La première observation concerne un nommé R..., âgé de vingt-huit ans, bijoutier.

R... est un débile, ses antécédents héréditaires sont chargés. Fils naturel, sa mère est morte à la Salpêtrière, sa grand'-mère également, toutes deux de cardiopathies. Sa mère était sujette à des crises nerveuses.

Il présente des stigmates psychiques de dégénérescence. Il a la phobie de la rougeur. Au point de vue génital, il était très ardent de bonne heure, et connut ainsi plusieurs femmes. Mais il n'éprouvait pour elles aucun sentiment amoureux. Bien au contraire, il avait, au cours du coït, avant et après cet acte, des désirs sadiques de les brutaliser, de les faire souffrir. C'est une tendance que nous retrouverons dans sa perversion sexuelle ultérieure. Est-ce déjà une perversion? En tout cas, sauf une fois (tentative d'étranglement), il ne paraît pas avoir passé du désir à l'acte.

De plus, il était inquiet, susceptible, pointilleux à l'extrême. Il avait des tendances marquées vers les idées de persécution. Il interprétait à mal et croyait dirigées contre lui les paroles que l'on prononçait dans les ateliers où il travaillait. Chantait-on, riait-on, autant de moqueries dirigées contre lui. Il réagissait d'abord par un silence obstiné; puis, lorsqu'il était agacé par excès de ce qu'il prenait pour des moqueries, il avait des idées violentes de meurtre dirigées en particulier contre les femmes par qui il se croyait surtout persiflé.

Par deux fois il fit des tentatives des meurtre contre des jeunes filles de son atelier. Mais la raison dominante de ces tentatives de meurtre résidait surtout dans sa susceptibilité exaspérée, et n'était pas due — il nous l'a affirmé à plusieurs reprises — à des excitations génitales sadiques.

A l'égard des hommes il n'avait pas au même degré des sentiments de défiance, du moins à ce moment-là. Mais très rapidement mis en colère par les injures que lui attirait son attitude silencieuse et dédaigneuse, il se battait avec eux, et les corps à corps n'étaient pas sans lui apporter des sensations génitales voluptueuses.

C'est en 1896 que lui arriva l'accident origine de sa malformation. Cet accident fut un chancre phagédénique contracté dans un coït normal dont il guérit fort lentement et dont il conserva une cicatrice fort apparente : perte de substance de toute la

Digitized by Google

partie gauche du gland, jusqu'à l'urètre qui n'est pas touché. Cette malformation n'empêche pas l'érection, n'est pas douloureuse, mais elle est très visible. Le malade eut désormais honte de cette petite difformité, et s'y joignant la crainte d'une nouvelle contagion vénérienne, il cessa peu à peu complètement tout rapport avec les femmes.

Il fut rapidement amené à chercher un dérivatif pour la satisfaction de ses désirs sexuels et l'instinctif besoin de tendresse. Il s'entoura d'animaux, de chats, de rats blancs, de singes qu'il se procurait à grand prix et qu'il conservait dans sa chambre. Il les affectionnait beaucoup, nous dit-il. Ce qui n'était pas pour leur bien.

Son état mental était resté tel que nous l'avons décrit, susceptible et violent dans ses tendances réactionnelles. Soit qu'à l'atelier il était mis de mauvaise humeur par ce qu'il croyait des moqueries, il ressentait le besoin impulsif de tuer la personne qui se moquait de lui, et luttait contre cette idée tout en conservant sa rancune, jusqu'au moment où, de retour chez lui, il se trouvait au milieu de ses bêtes. Si alors l'une d'entre elles, en particulier un chat, le regardait, il sautait sur lui, crispait ses mains autour de son cou, faisait sortir la langue rouge de l'animal qu'il coupait entre ses dents et qu'il dévorait, ou bien, si l'animal, en se défendant, le griffait, il lui broyait les pattes en les mordant. Au moment où les dents pénétraient, il avait une érection bientôt suivie d'un orgasme voluptueux. Alors survenaient le regret de l'action, la honte de ce qu'il avait fait et il soignait la bête agonisante, ou l'achevait, par pitié, si elle avait l'air de trop souffrir.

C'étaient spécialement les chats qui étaient ses victimes ; car la torture spéciale de ces bêtes provoquait le maximum de plaisir, bien plus que le massacre des rats blancs, qu'il écrasait, pendait ou jetait dans le feu, et que celui des singes, massacre plus rare en raison du prix de ces animaux, auxquel il infligea deux fois l'horrible supplice de les brûler vifs dans leur cage avec des journaux successivement enflammés.

Ce n'est pas cette perversion sexuelle qui l'amena à l'asile, mais un meurtre commis sur un ouvrier de son atelier, meurtre dû à ses idées de persécution.

Dans ce cas, on voit nettement la perversion sexuelle : sadisme sur les animaux, survenu après et à l'occasion d'une malformation chez un individu normal jusque-là au point de vue du contentement de ses désirs sexuels. Il existait bien auparavant des tendances sadiques, mais elles n'ont eu leur expression que lorsque le coït normal ne fut plus ou ne parut plus possible au malade.

Digitized by Google

Obs. II. — Le second cas est aussi démonstratif. Il s'agit d'un nommé T..., cinquante et un ans, journalier.

T... est un débile mental très prononcé. Mais il avait jusqu'à présent pu vivre en dehors des asiles, menant une vie un peu misérable de journalier, alcoolique, mais normal au point de vue de ses besoins génitaux.

En 1898, T... fut atteint, à la suite d'un effort, d'une hernie double scrotale volumineuse, comme on peut le voir sur la photographie du malade, que je fais passer entre vos mains. La présence dans le scrotum d'une masse intestinale relativement considérable empêcha le malade de se livrer dorénavant au coït normal ; la verge elle-même n'existe plus à l'intérieur de son foureau, qui seul existe en dehors de la tumeur intestinale.

Privé de son moyen habituel de satisfaire ses désirs sexuels, ce débile songe aux seuls moyens qui lui restaient dès lors. Il pratiqua avec une fillette de quinze ans, fille d'un chiffonnier du voisinage, des attouchements mutuels. Il fut surpris au bout d'un mois de ce commerce, et arrêté pour attentat à la pudeur.

L'excuse que donne actuellement ce débile de l'acte qu'il a commis indique bien que l'origine de la perversion réside dans sa malformation. Il ne pouvait plus, depuis, faire autre chose, à cause des douleurs résultant de ces essais de coït, et les attouchements, il les avait pratiqués avec une fillette, parce qu'à cet âge elle ne lui en demandait pas davantage et qu'il n'avait pas, avec elle, à redouter de moquerie touchant sa difformité.

Telles sont les deux observations que nous désirons vous présenter. Elles ont plus qu'un intérêt étiologique, elles présentent également un intérêt thérapeutique. Si, en effet, il sera difficile de remédier chirurgicalement à la perte de substance du premier de nos deux malades, on pourra, en tout cas, guérir la hernie double scrotale du second. Probablement la perversion sexuelle sera oubliée de ce fait, et elle est dans ce cas d'une grosse importance, puisqu'elle a motivé l'arrestation du malade et son internement dans un asile. Nous ne doutons pas qu'avec une recherche minutieuse on trouve un grand nombre de cas analogues, pouvant bénéficier largement d'un traitement chirurgical. Certes, l'état intellectuel du sujet n'en sera pas amélioré ; mais s'il est tel que le malade puisse vivre au dehors, il sera bon de le faire bénéficier d'une thérapeutique capable de l'empêcher de

Digitized by Google

prouver sa débilité mentale par des actes génitaux pervers, dangereux pour les autres et pour lui-même.

DISCUSSION

M. Colin. — Je voudrais demander à M. Viollet où il a pris les renseignements qui constituent le fond de son intéressante observation. Il y a là des détails évidemment très suggestifs, au point de vue littéraire, et tout à l'heure, je ne pouvais m'empêcher de penser à la terrifiante histoire du chat d'Edgar Poë.

Mais je me demande comment le malade a pu se livrer sur un chat, animal que les mauvais traitements rendent absolument féroce, aux actes qui nous ont été décrits, et c'est pourquoi je serais heureux de savoir si le récit de ces actes est dû au malade lui-même ou aux personnes de son entourage.

En effet, dans tous ces cas de perversion sexuelle, il y a lieu d'accepter avec la plus grande réserve les allégations des malades. J'ai eu dernièrement l'occasion de soigner une femme que M. Ritti a également examinée. Elle était accusée du vol d'un coupon de soie dans un grand magasin, et d'après le certificat médical qui avait provoqué l'internement, cette soie était destinée à procurer à la malade des jouissances toutes spéciales qui se manifestaient par des symptômes extérieurs caractéristiques ; l'impulsion au vol était irrésistible et la robe de la malade était munie d'une poche placée de façon à pouvoir dissimuler la soie dérobée qui provoquait les effets qui viennent d'être décrits. En examinant cette femme, il me fut impossible de relever chez elle le moindre désordre mental, mais avant de demander sa mise en liberté, j'allai consulter son dossier. J'appris qu'il s'agissait d'une voleuse de profession et que la poche en question était la poche utilisée par toutes ses pareilles, enfin que le coupon de soie volé était en réalité une robe de soie de 260 francs. J'allai plus loin ; je fis donner à la malade une certaine quantité de morceaux de soie, et je dois avouer que l'effet produit fut absolument nul ; je n'insiste pas, le fait me semble démontrer le peu de créance qu'il convient souvent d'ajouter au récit de certains de ces individus.

Digitized by Google

Encore une fois, je demeure sceptique. Le malade, dans sa lutte avec le chat devait certainement recevoir des coups de dent et des coups de griffe. Il doit porter des traces de morsures ou des égratignures, et il n'en est pas question dans l'observation.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

ANNÉE 1904

I. — *La dormeuse de Thenelles. Un sommeil pathologique de vingt années consécutives* ; par M. Lancereaux (séance du 8 mars 1904). — Née d'un père alcoolique et d'une mère qui aurait présenté des accidents hystériques dans sa jeunesse, Marguerite B... a toujours été délicate et nerveuse. Le 31 mai 1883, elle éprouva une vive frayeur : une heure plus tard, elle était prise de violentes attaques d'hystérie, qui durèrent vingt-quatre heures et à la suite desquelles elle tomba dans un sommeil des plus profonds. Elle ne se réveilla que vingt ans après, en mai 1903.

Durant ce long espace de temps, la « dormeuse de Thenelles », soignée par le Dr Charlier, fut examinée à plusieurs reprises par les Drs Legué, Farez, Bérillon, J. Voisin, Gilles de la Tourette. Voici, résumées d'après M. Lancereaux, les particularités cliniques les plus notables qui frappèrent ces observateurs.

Pendant les premières années, l'état de calme léthargique dans lequel Marguerite B... se trouvait plongée était interrompu à des intervalles de temps variables, tous les mois environ, par de brusques attaques convulsives avec arc de cercle, au cours desquelles la malade se déchirait la figure et la poitrine.

Il existait dès le début une anesthésie généralisée à tout le corps, à l'exception de la partie moyenne du sternum : le moindre attouchement dans cette région suffisait à provoquer une attaque convulsive ; mais, un jour, à la suite d'une hémorragie bucco-nasale, cette zone hystérogène disparut, pour reparaître ensuite et disparaître à nouveau dans les mêmes conditions.

Digitized by Google

La nutrition, très ralentie, était entretenue à l'aide de lavements (lait avec jaunes d'œufs, bouillon, vin, peptones). La miction était involontaire; la défécation devait être provoquée par des lavements. La respiration était calme et lente; le pouls petit, un peu rapide; la température normale. L'anesthésie des surfaces cutanée et muqueuse était totale. Les muscles du cou étaient légèrement contracturés; les bras, soulevés, demeuraient raides et gardaient la position qui leur avait été donnée. Les réflexes rotuliens étaient exagérés; il y avait clonus du pied et, sous l'influence d'un léger souffle, trémulation des paupières.

Les choses allèrent ainsi et cet état ne subit aucune modification appréciable jusque vers la fin de l'année 1902. A cette date, un abcès froid apparut sur l'avant-bras gauche, une escarre se développa dans la région sacrée. En mai 1903, une tuméfaction semblable à celle de l'avant-bras se montra à la face dorsale du pied droit. Le 23 et le 24 mai, les crises convulsives, qui avaient cessé depuis plusieurs années, reparurent. Le 25, on assista à un demi-réveil, complet le 26 : la malade reconnut les siens, s'informa de la date présente, des événements qui s'étaient écoulés depuis le début de son sommeil. Elle se plaignit de souffrir de la poitrine, où l'auscultation révéla en effet sur plusieurs points l'existence de râles disséminés, indicateurs d'une fonte rapide. Marguerite B... était d'ailleurs très faible, très oppressée; elle entra bientôt en agonie et succomba le 28 mai 1903, à 7 heures du matin.

Ce fait curieux paraît à M. Lancereaux remarquable à plusieurs points de vue : par sa rareté d'abord, puisque Briquet n'a trouvé que trois cas d'hystérie avec sommeil sur 420 malades; par sa durée, qui dépasse tout ce qui a été observé jusqu'à ce jour; par l'existence enfin de crises convulsives précédant et accompagnant le sommeil. Toutefois il existe, disséminées dans les annales de la science, un certain nombre d'observations analogues, que M. Lancereaux a retrouvées, qu'il rappelle et qui présentent toutes des caractères communs, à savoir : un début brusque, se traduisant par des crises convulsives ou par des accès de migraine suivis d'un sommeil profond avec perte de connaissance, anesthésie, contracture généralisée et parfois clignotement des paupières, exagération des réflexes et trépidation spinale, en un mot, tout un ensemble symptomatique dont le sommeil constitue la caractéristique essentielle.

Ce sommeil est-il le sommeil naturel? M. Lancereaux ne le croit pas; et le qualificatif de « dormeuse » appliqué à la

Digitized by Google

malade de Thenelles ne lui parait pas exact. Il s'agit plutôt d'après lui d'un état pathologique qui se rapproche de l'état d'hibernation à processus vitaux très ralentis propre à certaines espèces animales. Il diffère, en tous cas, et du sommeil léthargique, qu'il est toujours possible de faire cesser rapidement, — et du sommeil prolongé des aliénés mélancoliques, qui n'offre ni la même tranquillité, ni le même calme, — et des crises de sommeil liées aux intoxications, — et de la maladie du sommeil due aux trypanosomes, — enfin et surtout de la mort réelle, avec laquelle il importe de ne pas le confondre.

Pour M. Raymond, les cas de sommeil hystérique sont beaucoup moins rares que ne le pense M. Lancereaux : il s'en présente chaque année plusieurs à sa clinique de la Salpêtrière. Tous se ressemblent et, à la durée près, rappellent l'observation que l'on vient de lire. En réalité, l'attaque de sommeil est une forme, plus ou moins isolée, de la grande crise d'hystérie, mais c'est une forme grave et surtout tenace. Elle dure, comme d'ailleurs toutes les manifestations de la névrose, d'autant plus longtemps qu'on s'occupe davantage de la malade, qu'on cultive, pour ainsi dire, son état, et cela consciemment ou inconsciemment. Aussi doit-on d'abord isoler l'hystérique en sommeil, la soustraire à toute excitation du dehors et du dedans; après quoi seulement on obtiendra de bons résultats des méthodes de traitement actuellement en usage contre les accidents hystériques : suggestion, réveil des anesthésies par la gymnastique, le massage, la mécanothérapie, la faradisation, etc...

M. Lancereaux partage absolument l'opinion émise par M. Raymond : que le meilleur moyen d'entretenir l'hystérie est de s'occuper de l'hystérique. Et il rapporte à ce propos l'anecdote suivante. En 1880, époque où l'hypnotisme était en vogue, l'interne de M. Lancereaux, voulant suivre la mode du moment, hypnotisait chaque soir autant de malades que possible. Les attaques d'hystérie, très rares jusqu'alors dans le service, y devinrent immédiatement très fréquentes. Défense absolue fut faite de continuer les pratiques d'hypnotisme : au bout de quelques jours le calme reparut dans la salle.

Ce fait fut pour M. Lancereaux une révélation. Depuis lors, il ne lui est pas arrivé une seule fois d'avoir à constater dans son service deux crises hystériques chez la même personne. Et ce, par le très simple procédé suivant. Dès qu'une première crise lui est signalée, M. Lancereaux dit « ferme-

Digitized by Google

ment » à la malade : « Madame, vous vous êtes donné le luxe d'une attaque d'hystérie pour amuser la galerie; sachez bien que vous vous êtes trompée de service, et que nous ne voulons pas cette pompe chez nous; donc, si vous recommencez, soyez certaine que vous serez transportée immédiatement dans un cabinet noir dont on fermera la porte, de façon à ce que vous puissiez vous débattre tout à votre aise. »

Et M. Lancereaux ajoute que, dans sa clientèle de ville, le même moyen lui a toujours donné le même décisif résultat.

II. — Sur un travail de M. le Dr Darier, intitulé : *Sur l'action analgésiante et névrosthénique du radium à doses infinitésimales et inoffensives*; par M. F. Raymond, rapporteur (séance du 21 juin 1904). — A la séance du 16 février 1904, M. Darier avait appelé l'attention de l'Académie sur les résultats thérapeutiques intéressants qu'il avait obtenus de l'emploi du radium à doses infinitésimales : dans plusieurs cas de névralgies rebelles, il avait constaté un effet sédatif des plus manifestes; il avait observé la disparition des attaques dans deux cas de névroses convulsives; en trois jours il avait guéri une neurasthénique pseudo-ataxique et, du jour au lendemain, une paralysie faciale toute récente.

M. Raymond a soumis chacune de ces observations à un examen critique minutieux.

Sur l'effet analgésiant du radium dans les névralgies rebelles, il estime qu'il y a lieu de se montrer très réservé, car « les allures des névralgies dites rebelles sont si variées, si capricieuses, le prestige d'une médication nouvelle et aussi impressionnante que celle qui nous occupe est si considérable, que la bonne foi de l'observateur peut avoir été surprise ». Du reste, M. Raymond a traité, lui aussi, par le radium deux cas de névralgies rebelles sans aucun bénéfice pour ses malades. Peut-être, il est vrai, eût-il obtenu des résultats plus favorables si, à l'exemple de M. Darier, il avait employé des doses de radium moins considérables et d'une activité moindre que celles dont il s'est servi.

Pour expliquer les observations de M. Darier relatives à la disparition d'attaques convulsives à la suite d'application de radium sur la région temporale, M. Raymond rappelle les effets analogues obtenus par Charcot et Vigouroux avec l'électricité statique : très souvent, chez des hystériques, le bain statique amène une diminution du nombre des crises convulsives et parfois en suspend le retour pour une période de

Digitized by Google

temps très appréciable. M. Raymond lui-même avec le radium a pu provoquer chez un hémi-anesthésique le phénomène du transfert.

En ce qui concerne la guérison rapide d'un pseudo-ataxique neurasthénique, M. Raymond ne peut qu'approuver l'hypothèse émise par M. Darier d'une action suggestive. Et quant à la paralysie faciale qui céda si facilement au radium, il s'agissait très vraisemblablement d'une paralysie faciale bénigne dont l'examen électrique, s'il avait été pratiqué, eût sans doute révélé le véritable caractère.

En conclusion, M. Raymond ne croit devoir retenir de l'examen des faits produits par M. Darier que cette notion, à vrai dire importante, d'une action analgésique parfois héroïque des substances radio-actives.

III. — *Quelques faits relatifs à l'action thérapeutique du radium;* par M. Raymond, en collaboration avec M. Zimmern (séance du 26 juillet 1904). — Les auteurs ont étudié les effets thérapeutiques du radium chez une douzaine de malades atteints d'affections diverses du système nerveux.

Dans une première catégorie de cas, — névroses fonctionnelles, — ils n'ont pas obtenu la moindre amélioration : tout au plus ont-ils vu réapparaître la sensibilité sur le membre supérieur du côté malade chez un hystéro-traumatique avec hémi-anesthésie gauche totale.

Par contre, chez les malades organiques, les résultats constatés furent beaucoup plus intéressants.

Sans doute, une paralysie faciale grave, une sclérose en plaques, une névralgie faciale rebelle, ne retirèrent aucun bénéfice du radium. Mais, chez quatre tabétiques, les phénomènes douloureux, — douleurs en ceinture, douleurs térébrantes, douleurs fulgurantes, crises gastriques, — « cédèrent comme par enchantement ».

Or, M. Raymond ne croit pas que l'on puisse invoquer ici l'hypothèse d'une action suggestive : il a pris à cet égard toutes les précautions de technique usuelle en pareil cas, et il fait remarquer d'ailleurs que la pathogénie des douleurs chez les tabétiques s'allie mal avec une telle hypothèse. Il aime mieux mettre à l'actif du métal découvert par M. Curie une propriété physiologique nouvelle, dont les effets paraissent démontrés par la clinique.

MM. Raymond et Zimmern ont utilisé un produit extrêmement radio-actif : aussi n'ont-ils pu éviter l'action fâcheuse

Digitized by Google

des rayons les moins pénétrants sur la peau. Une connaissance plus exacte de la posologie du radium permettra sans doute dans l'avenir d'éviter ce léger inconvénient.

En terminant, M. Raymond indique qu'il a institué des essais analogues avec les rayons X, et qu'il a d'ores et déjà obtenu des résultats fort encourageants. Il se réserve d'en faire ultérieurement l'objet d'une nouvelle communication à l'Académie.

GEORGES VERNET.

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of mental science.

ANNÉE 1902.

I. — *Quelques cas de folie pellagreuse*; par le Dr John Warnock (numéro de janvier). — La pellagre est fréquente en Egypte. A l'asile du Caire on a reçu 141 pellagreux en cinq ans, des campagnards du Delta principalement, qui souffrent toujours en même temps de maladies parasitiques diverses : favus, ankylostomes, vers intestinaux. La pellagre est déjà avancée au moment de l'entrée, et la cachexie donne aux pellagreux l'aspect de momies. Les symptômes mentaux étant tardifs, les lésions de la peau ont alors souvent disparu, laissant la trace du rash (*pellagra sine pellagra*). Des sensations de brûlure et des démangeaisons sont fréquentes, donnant lieu à des interprétations délirantes de sorcellerie ou de persécution. On note aussi de la sensibilité douloureuse du rachis. Les réflexes patellaires sont exagérés ou absents ; il y a des troubles paraplégiques allant jusqu'à l'impotence, puis de l'atrophie généralisée et de l'incontinence des sphincters. Le système digestif est profondément atteint, il existe une diarrhée intermittente incoercible, la langue est polie « comme de la vase », c'est la langue « pelée » ; on observe parfois la cachexie scorbutique.

Les symptômes mentaux ordinaires sont une dépression mélancolique avec sensation de malaise, mécontentement enfantin de toute chose et résistance, refus de nourriture, tendance au suicide. Le malade se croit possédé, empoisonné, ensorcellé

Digitized by Google

ou menacé de mort. Les hallucinations de l'odorat et du goût sont les plus fréquentes. Rapidement apparaissent les symptômes de la démence qui, peu à peu, s'accroît et prend toute la place de la mélancolie.

L'auteur estime qu'il s'agit là d'un syndrome propre à la pellagre et non une manifestation de la cachexie et de l'anémie cérébrale. La rapidité de la démence indique une lésion organique; on sait d'ailleurs les ressemblances de la pellagre et de la paralysie générale.

Chez les Arabes, qui n'ont guère en aliénation que des états maniaques, la dépression mélancolique doit faire songer à la pellagre. Chez les Coptes, au contraire, plus fréquemment aliénés et plus souvent prédisposés, plus intoxiqués aussi par l'alcool et le haschich, la dépression mélancolique n'est pas rare.

Il existe cependant une forme rare de pellagre avec euphorie, dont le diagnostic avec la paralysie générale peut être très délicat.

II. — *Note sur les lobes préfrontaux et la localisation des fonctions mentales*; par le Dr P.-W. Macdonald. — Il s'agit d'un imbécile atteint de paraplégie spasmodique et mort à l'âge de soixante ans. Le cerveau ne présentait pas de scissure médiane à la face supérieure. Les lobes frontaux étaient très peu développés. La face, il est vrai, était normale, mais cette disproportion s'explique par la grande épaisseur des os du crâne.

L'auteur, rappelant les théories frontale et occipitale du siège des facultés intellectuelles, estime qu'il y a un rapport de causalité entre cet arrêt de développement frontal et l'état de l'intelligence et incline vers la théorie frontale.

III. — *Esquisse sur l'aliénée criminelle femme*; par le Dr John Baker (numéro de janvier). — Cette étude, faite d'un point de vue médico-légal, prend un intérêt spécial par la situation de son auteur comme médecin à Broadmoor. Il a été frappé de voir la grande fréquence chez les aliénées rendues criminelles par leur délire, du meurtre de leurs enfants. La statistique de ces cas porte sur 253 meurtrières et 286 victimes; il y a beaucoup plus de crimes accomplis que de tentatives manquées, preuve de grande préméditation. D'ailleurs, le crime n'a pas pour mobile le vice, mais une sollicitude délirante qui le prépare avec soin.

Dans l'aliénation en rapport avec la maternité, la proportion du meurtre d'enfants est, à Broadmoor :

Digitized by Google

Dans la grossesse, de 5 p. 100;
Dans la puerpéralité, de 35 p. 100;
Pendant la lactation, de 60 p. 100.

Pendant la grossesse, ce crime se voit durant les derniers mois chez des mélancoliques, sans que l'âge avancé de la malade ait l'influence qui a été signalée.

En limitant d'une manière un peu arbitraire la folie puerpérale aux deux premiers mois après l'accouchement, on voit qu'il s'agit alors surtout du meurtre du nouveau-né (infanticide). Sur vingt cas il y a seize filles mères accouchant clandestinement; le premier cri de l'enfant les pousse à le tuer, comme dans une impulsion; parfois elles cherchent à cacher le corps, c'est une sorte de folie transitoire, dont la mère peut rappeler généralement tous les détails. La justice a l'habitude de transformer ce meurtre en délit de dissimulation de naissance ou bien porte le verdict de folie. S'il arrive une condamnation à mort, elle n'est pas exécutée. La législation devrait définir juridiquement ces cas. La guérison en est fréquente.

En d'autres cas, on a un accès maniaque de nature probablement auto-toxique, qui suit de près l'accouchement; l'enfant est tué par un acte sanglant, car l'empoisonnement et la submersion sont des actes plus réfléchis appartenant aux délires plus tardifs. Consécutivement il y a de l'amnésie; ces cas sont rares.

La plupart des meurtres d'enfants sont plus tardifs et dus à des accès mélancoliques comme les crises de la lactation; l'enfant tué n'est pas toujours le nouveau-né, soit que la mère choisisse son préféré, soit qu'elle commence par l'aîné et soit arrêtée à temps. Ces femmes sont la plupart mariées, d'âge variable et guérissent dans un tiers des cas.

La période de la lactation est la plus meurtrière, le crime s'accompagne d'idées ou de tentative de suicide par un même processus pathologique de la fonction maternelle qui veut faire bénéficier l'enfant de l'acte qui va délivrer la mère. L'idée délirante est souvent la suite d'une obsession, auquel cas un traitement préventif est souvent réclamé par la malade; l'acte procure du soulagement : la mère parfois prépare l'ensevelissement avec calme et plaisir, puis les idées mélancoliques reparaissent et elle réclame son exécution. En d'autres cas, la stupeur suit le crime ou bien la femme va se dénoncer. Le crime peut avoir une couleur religieuse et devient soit un holo-

Digitized by Google

causte expiatoire, soit le sacrifice d'un fils du diable. Les femmes atteintes de folie de la lactation sont généralement plus âgées que les précédentes et habituellement mariées.

Dans ces diverses variétés d'aliénation qui coexistent avec les fonctions maternelles, la guérison a pour obstacle l'âge, le nombre d'enfants, les rechutes, l'hérédité, la complication d'épilepsie, le caractère adultérin de la naissance.

D'autre part, l'auteur a observé trente-trois cas de meurtre d'enfants pendant la mélancolie de la ménopause, dont un cas de crime à deux des deux parents suivi de tentative de suicide.

Enfin, quelques cas ne rentrent dans aucun des cadres précédents, et sont consécutifs à la disparition du mari, à des troubles de ménage, à la débilité congénitale, à l'illégitimité de l'enfant ou au dénuement des filles mères. C'est dans un accès de mélancolie que se produit le meurtre ; l'aménorrhée est alors très fréqueute.

Les constatations d'autopsie ont permis à l'auteur de constater qu'au lieu de son poids moyen normal, 1.247 grammes, le cerveau de la femme aliénée criminelle pesait 1.190 grammes, et celui des criminelles (voleuses, incendiaires) devenues aliénées 1.120 grammes seulement.

IV.— *Le crime dans la paralysie générale* ; par le Dr W. C. Sullivan (numéro de janvier). — Les observations de l'auteur portent sur 274 paralytiques d'Angleterre et du pays de Galles, dont 261 hommes et 13 femmes qui commirent 144 attentats contre la propriété, 38 contre les personnes, 13 délits sexuels, 8 tentatives de suicide et 38 délits divers.

Après avoir confirmé des faits connus sur ces divers délits et en éliminant les délits sexuels qui doivent être examinés séparément, l'auteur recherche les causes déterminantes de la volonté des paralytiques généraux et s'efforce d'expliquer le contraste de leur conduite avec celle des déments alcooliques et séniles, spécialement dans les délits contre la propriété, les violences et les suicides.

Il faut remarquer que les actes contre la propriété sont en rapport avec les formes expansives, et les violences avec la forme mélancolique. Or, ce dernier état émotionnel est rare dans la paralysie générale à l'inverse de l'alcoolisme et de la sénilité. Il s'agit donc d'un cas particulier du problème de l'origine de l'état affectif dans la mélancolie.

Passant en revue les opinions historiques sur ce sujet, l'auteur conclut qu'il n'est nécessaire d'invoquer aucune lésion pour

Digitized by Google

expliquer l'état émotionnel. Sauf exception, nous voyons que les causes de dépression sont celles qui influencent défavorablement la vie organique et dont la clinique ne découvre que les plus grossières ; il s'agit souvent de modifications chimiques ou mécaniques et sans doute en est-il de même dans l'alcoolisme et la sénilité.

Au contraire, avec un état organique sain, on a un ton émotionnel optimiste et les actes sont en accord avec cette énergie organique qui les inspire et avec le degré démentiel. Dans la paralysie générale cet état organique s'explique par l'âge du sujet.

Cette hypothèse se vérifie du reste lorsque dans les formes de démence que nous avons vues pessimistes d'ordinaire, les organes sont sains, par exemple dans l'alcoolisme purement cérébral, ou lorsque l'alcoolique déprimé devient expansif après traitement. Il en est ainsi dans les autres démences.

En somme, les lésions cérébrales sont en rapport avec la démence, l'état fonctionnel avec les symptômes d'activité et les idées délirantes.

V. — *Notes sur les hallucinations* ; par Conolly Norman (numéro de janvier). — A propos d'un cas remarquable de délire systématisé de persécution à hallucinations multiples, l'auteur, qui admet un grand nombre de sens (en plus de ceux généralement reconnus, il nomme le sens de la température, le sens respiratoire et divers sens détachés de la sensibilité générale), émet un certain nombre de considérations intéressantes : il existe un sens de l'activité mentale rarement conscient, et c'est pourquoi il a échappé aux physiologistes ; il n'apparaît guère que dans des cas anormaux, dans la fatigue de l'attention, lorsqu'une pensée étrangère vient s'imposer avec force à l'esprit, dans ce degré élémentaire de l'obsession où l'on s'imagine par exemple que l'on va se jeter dans le précipice au-dessus duquel on se trouve. C'est lui qui dans les délires systématisés donne au malade l'impression d'une puissance occulte lui imposant une pensée ou un acte, ou inhibant les siens ; cette modification du sens de l'activité mentale devient aussi perceptible que les hallucinations des autres sens.

L'auteur termine par l'exposé et la discussion des rapports entre la surdité complète unilatérale par lésion de l'oreille interne de sa malade et les hallucinations du même côté qu'elle présente. Les hallucinations de l'ouïe étant chez cette femme les seules à être unilatérales, un curieux dilemme se pose. Si

Digitized by Google

l'irritation ou la lésion périphérique est un élément important de l'hallucination de l'ouïe, pourquoi y a-t-il des hallucinations bilatérales des autres sens? Et s'il y a une forte tendance de tous les sens à l'hallucination, pourquoi les hallucinations de l'ouïe, symptôme si fréquent, ne se montrent-elles que d'un côté?

VI. — *Le traitement des troubles mentaux au début et leur enseignement clinique dans les salles des hôpitaux ordinaires*; par John Sibbald (numéro d'avril). — Cette étude est d'une grande importance même en France, car les considérations émises spécialement au sujet de la Royal Infirmery d'Edimbourg s'appliquent aussi exactement à notre pays. Nous les résumons rapidement en renvoyant à l'original les administrateurs intéressés par les desiderata déjà formulés en France dans les Congrès et les Sociétés savantes.

Il y a, dit l'auteur, une lacune dans la thérapeutique des maladies mentales; le remède en est l'établissement de salles spéciales dans les hôpitaux pour le traitement de l'aliénation au début, ou des formes transitoires, ce qui permettrait d'améliorer aussi l'enseignement clinique des maladies mentales. Et l'on conçoit aisément l'effet de cette amélioration sur la curabilité de la folie, les facilités plus grandes qui seraient données aux formes modernes du traitement médical, ainsi que, d'autre part, l'intérêt qu'il y a pour l'enseignement et pour les études scientifiques à avoir dans le voisinage immédiat des Universités des aliénés au début de leur maladie.

VII. — *Hallucinations et phénomènes mentaux alliés*; par Lauder Brunton (numéro d'avril). — Cette étude de pathologie générale ne peut être aisément résumée et nous devons nous borner à donner l'enchaînement des idées sans reproduire les explications émises à l'appui par l'éminent auteur. La sensation de la vue, nous dit-il, associée à celle du sens musculaire et à l'impression d'une piqûre, nous prouve l'existence d'une puce sur notre main. Plus tard la piqûre suffit à nous en convaincre; cependant, si en même temps la vue ne corrobore pas cette opinion, nous réformons notre idée. En l'absence de sensations concordantes, l'effet de l'imagination peut aller jusqu'à nous faire croire en une sensation; les hommes primitifs croient aisément à leurs sens ou aux sens de leurs voisins; avec la civilisation on devient sceptique parfois avec exagération; il y a d'ailleurs une évidence positive et une évidence qui permet de nier.

La sensation est d'origine externe habituellement ou provient

Digitized by Google

du système nerveux périphérique, et elle est habituellement reportée à l'organe sensoriel. Mais il peut y avoir des sensations purement corticales. La perception des sensations est corticale et la justesse de l'idée dépend à la fois de l'état des fonctions sensorielles, périphériques et corticales. Il y a d'ailleurs de grandes différences individuelles, et plus d'une fois c'est ainsi qu'il faut expliquer les œuvres de certains artistes. L'acuité et l'étendue de la vue et de l'ouïe sont aussi sujettes à de grandes différences individuelles, et parmi les exemples de sens suraigus l'auteur place les faits de divination des *sourciers*.

Il est aussi des causes d'altération de la finesse des sens ; elles résident dans des changements périphériques ou des modifications dans les conditions cérébrales de la perception ; c'est ainsi que l'on peut avoir de mauvaises sensations à la suite d'associations d'idées, d'idées préconçues, d'idées suggérées. L'auteur examine alors les phénomènes du transfert de la pensée d'un sens à un autre qui sont très voisins des précédents. Des visions, hallucinations ou illusions de la vue peuvent se produire, soit sous l'effort de la volonté, soit involontairement, ou par suggestion, ou dans les phénomènes inhibiteurs de l'hypnose. Les pressentiments sont des souvenirs latents qui se réveillent à l'époque de leur exécution prévue, et d'autres sont dus à des circonstances atmosphériques qui peuvent paraître mystérieuses et qui sont du même ordre que les zones de douleur des vieilles blessures, phénomène concomitant des zones de pluie, ainsi que l'a découvert Weir Mitchell.

Il y a cependant un certain nombre de phénomènes encore inexplicables dont peut-être il faudrait rechercher la solution dans des analogies avec la télégraphie sans fil (théorie de Knowles).

Enfin les hallucinations s'expliquent par des lésions oculaires, par des causes organiques, ou toxiques ou épileptiques, dont sont très voisins la migraine, les scotomes et l'hémiopie. C'est à des scotomes qu'il faut attribuer d'après l'auteur les visions populaires de fées et de lutins.

VIII. — *L'hôpital comme idéal dans le soin des aliénés*; *exposé de certaines méthodes en usage à l'asile du district de Stirling*; par G. M. Robertson (numéro d'avril). — A l'asile de Stirling l'auteur a entrepris de faire de ses services une institution exclusivement médicale. Il a eu à faire disparaître la physionomie de prison de son établissement, à améliorer les soins de nuit trop défectueux, à diminuer la rudesse des infir-

Digitized by Google

miers. Il nous donne le résultat de ses efforts en faisant remarquer qu'il est plus difficile d'avoir un bon personnel dans les asiles que dans les hôpitaux, et qu'il serait bon d'avoir un personnel passant successivement dans les deux sortes d'établissement.

Le premier point à obtenir est l'amélioration des soins de nuit; on y arrive en augmentant le personnel de veille, et en le mettant sous la direction d'un surveillant, en établissant pour les dortoirs un service continu de surveillance et en supprimant les chambres d'isolement.

Pour améliorer le service des hommes, l'auteur a établi des infirmières et une surveillante dans ces quartiers; mieux que les hommes elles distribuent les soins utiles, ce qui a supprimé les eschares et la dépense qui en résultait; les hommes d'ailleurs se laissent bien mener par des femmes. Il faut cependant remarquer qu'il est mauvais de mélanger infirmiers et infirmières; qu'il est nécessaire d'avoir un personnel féminin la nuit et le jour; que les femmes ne peuvent surveiller les cabinets ni habiller les déments qui se déshabillent sans cesse; que le service des bains doit être laissé aux hommes; et il faut reconnaître qu'un surveillant peut mieux connaître les hommes sous ses ordres qu'une femme surveillante.

Dans le service des femmes, une amélioration notable des soins a été apportée en choisissant les sous-surveillantes administratives des quartiers parmi d'anciennes infirmières. Il faut aussi demander au personnel d'avoir une haute idée de son travail et le faire inspecter soigneusement.

C'est par ces réformes que l'auteur a donné à son asile un aspect hospitalier, ce dont ses malades ont largement bénéficié.

IX. — *Quelques remarques nouvelles sur les infirmiers de nuit et la surveillance dans les asiles*; par F. A. Elkins (numéro d'avril). — L'asile de Leavesden près de Londres est un grand établissement de 1.780 aliénés de toutes les espèces, sauf les enfants et les malades dangereux pour eux-mêmes ou pour leur entourage. Il s'y trouve des tuberculeux, des malades aigus, des vieillards et des infirmes. L'auteur y a pratiqué deux principes : l'un, qu'il faut donner aux asiles les mêmes dispositions pour la nuit qu'aux hôpitaux; l'autre, que les malades aigus ou agités doivent être en dortoir sous une surveillance constante. Il fait remarquer qu'en réduisant la grandeur de leurs salles et en construisant de petites chambres annexes de

Digitized by Google

leurs infirmeries, les asiles diminueraient beaucoup leurs dépenses.

L'auteur donne de nombreux détails sur le fonctionnement du service, et il insiste sur l'importance d'un bon surveillant, sur l'intérêt qu'il y a à avoir des infirmières ayant fait un stage d'hôpital; sur les avantages présentés par les femmes dans les services d'hommes, et sur l'inutilité des contrôleurs automatiques qui sont incapables de prouver que des soins nécessaires sont donnés. Avec ce nouveau système on a constaté qu'à Leavesden les accidents de toute sorte diminuaient, les dortoirs devenaient tranquilles, les malpropres s'amélioraient ; il y avait moins de destruction d'objets, et enfin les aliénés s'amélioraient physiquement et mentalement.

X. — *Les conditions mentales aboutissant à l'homicide*; par G. T. Revington (numéro d'avril). — Cette étude est faite d'après cinquante observations. L'homicide ne résulte pas d'une affection mentale spéciale. Dans la plupart des cas le meurtre n'est qu'un incident de la maladie, et il y a dans les asiles des centaines d'homicides en puissance que les circonstances ont préservés du crime. La cause du meurtre n'est pas le désir de tuer, mais un motif banal : jalousie, misère, peur, avec un état d'émotion morbide.

XI. — *Rapport du Comité de la tuberculose de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande* (numéro de juillet). — L'Association médico-psychologique, émue par diverses discussions qui eurent lieu en 1899 sur la gravité de la tuberculose dans les asiles d'aliénés du Royaume-Uni, nomma une commission pour l'étude de la question. Cette commission établit un rapport après un examen approfondi et à la suite d'une enquête faite auprès des directeurs médecins des asiles ; elle arrive aux conclusions suivantes :

La phtisie appelle des mesures urgentes dans les asiles anglais, d'autant plus qu'il est prouvé que la tuberculose est ordinairement contractée à l'asile ; la mortalité en est considérable surtout chez les habitants des villes.

Les influences qui contribuent à la mortalité dans les asiles sont : d'abord l'encombrement avec la diminution du cube d'air individuel qui en est la conséquence, surtout la nuit; il faut aussi tenir compte de la qualité du sol, du temps passé par les aliénés à l'air libre, des défauts d'aération et de chauffage des salles, du régime alimentaire et de la propreté générale, spécialement à l'égard des crachats.

Digitized by Google

La commission donne les conseils suivants :

Pour sauvegarder les intérêts des gens non infectés, il faut une bonne aération, surtout la nuit, avec un cube d'air suffisant, une vie passée davantage au grand air, plus de souci de la propreté, et la guerre aux crachats, un régime varié, l'aération longue de la literie, la limitation du nombre de pensionnaires dans les asiles et du nombre d'habitants dans les dortoirs ; il faut surveiller le travail de nettoyage des crins que font les malades peu vigoureux chez le tapissier de l'asile, désinfecter ce crin et en éloigner les contaminés. Il faut surtout faire le diagnostic précoce de la tuberculose; quand un malade est soupçonné, on doit le peser chaque semaine et prendre sa température quatre fois par jour, recourir s'il y a lieu aux autres procédés de diagnostic. Enfin l'isolement s'impose absolument pour les tuberculeux; c'est un système déjà pratiqué dans quatre asiles; l'effet de cette mesure ne peut être évalué qu'au bout de quelques années.

Les précautions à prendre au sujet des aliénés tuberculeux sont rendues difficiles par la nécessité de pourvoir à leur état mental. L'idéal serait un sanatorium établi à côté de l'asile ou entre plusieurs asiles pour les malades curables, et la séparation des tuberculeux incurables. En attendant, il faut isoler dans l'asile tous les aliénés infectés.

Ce rapport est suivi d'annexes : rapport sur le chauffage et la ventilation; rapport statistique; questionnaire envoyé aux médecins d'asile.

XII. — *La toxémie dans l'étiologie des maladies mentales* (numéro de juillet). — La revue publie la discussion sur ce sujet qui eut lieu à la réunion du printemps de la division écossaise de l'Association médico-psychologique, mars 1902.

M. Clouston l'ouvrit en disant que, sans rejeter les opinions modernes sur le sujet, il ne croit pas que la toxémie et les doctrines pathologiques et bactériologiques actuelles sur les intoxications et infections exo et endogènes puissent être une explication aussi générale des désordres psychiques qu'on tend à l'admettre. Il formule ainsi ses objections :

1. Les processus nerveux ne sont pas assimilables aux processus de nutrition, sécrétion et excrétion. L'esprit ne peut être regardé comme un effet, il est une cause, et on ne peut l'éliminer du rang des facteurs étiologiques des maladies mentales, ce qui d'ailleurs supprimerait un important élément thérapeutique.

Digitized by Google

2. La conscience et les états mentaux étant susceptibles d'importantes modifications physiologiques (sommeil, rêve, etc.), l'exagération de ces états n'explique-t-elle pas les maladies mentales ?

3. A l'appui de ceci, ne peut-on pas invoquer le début et la terminaison brusques de certaines psychoses?

4. L'écorce réagit à diverses influences; la fonction mentale en particulier réagit non seulement aux influences mentales, mais aux sensorielles, aux viscérales et aux chimiques; quand cette réaction est morbide, il peut indubitablement sortir de ces influences des états pathologiques cérébraux, mentaux ou autres, sans cause toxique.

5. Que devient l'importance si bien établie de l'hérédité?

6. L'évolution physiologique de l'adolescence, les involutions climatérique et sénile ne suffisent-elles pas à expliquer les psychoses de ces périodes?

7. Les maladies mentales par exagération du caractère antérieur ne peuvent-elles s'expliquer sans influence toxique?

8. Dans la cachexie, la fatigue, l'anémie, facteurs étiologiques si importants, les toxines sont au moins d'importance secondaire.

9. Il n'y a dans les psychoses rien de comparable à la marche des maladies infectieuses ni à leur immunité.

10. Il y aurait de l'élévation de la température.

11. N'est-il pas plus scientifique de considérer les infections et la toxémie comme secondaires à des troubles provoqués par une cause pathologique sur un terrain héréditaire?

12. La fatigue nerveuse, l'hérédité, les agents déprimants, les processus du développement et de l'involution, ne sont-ils pas d'aussi bonnes explications que la non résistance aux agents toxiques?

13. Les organes nerveux sont *sui generis*; ne peut-il y avoir pour eux des facteurs étiologiques supplémentaires à ceux de la pathologie des autres organes?

14. Le cerveau est un organe d'arrêt et de régulation de tout l'organisme; n'est-ce pas son état qui rend possible une toxémie secondaire?

15. Si un certain nombre de psychoses toxiques sont généralement admises, on ne peut mettre dans cette classe la manie et la mélancolie simples, les cas bénins d'hallucination et d'obsession, les psychoses du développement et de la sénilité, les psychoses par privation des excitations sensorielles et sociales,

Digitized by Google

celles dont les éléments principaux sont la périodicité et l'alternance, et l'hystérie.

16. En fait, les maladies mentales semblent être un résultat trop complexe de la fatigue cérébrale, d'une évolution pervertie, de la régression, pour n'être expliqués que par un seul facteur.

M. W. F. Robertson réplique qu'on peut considérer la folie non seulement du point de vue clinique et psychologique, mais du point de vue de la pathologie générale. Sans qu'on puisse contester l'influence de l'hérédité, elle n'a pas le rôle qu'on a coutume de lui assigner; on comprend sous le nom d'hérédité, des conditions diverses (dégénérescence, incidents de la vie utérine ou des premiers jours, réaction cérébrale particulière à chaque individu); mais l'hérédité est un terrain et non une cause déterminante qui n'agirait pas sans une base physique qui est l'état de la nutrition.

On ne peut non plus accorder au cerveau, avec le Dr Clouston, une part très importante au développement des microbes dans le corps. Pour l'orateur, la mélancolie est toxémique, et c'est cet état qui maintient la maladie; on voit d'ailleurs souvent des maladies toxiques suivies de dépression, et on peut donner des explications semblables de chaque sorte de mélancolie.

La pathologie moderne ne peut plus considérer les maladies comme spéciales à un seul organe, et la science tend à regarder la mélancolie comme dépendant du désordre du métabolisme cellulaire; le but des médecins doit être de rendre claires la nature et la cause de ce désordre.

M. G. R. Wilson ne peut se faire de la folie une vue aussi simpliste; il insiste sur l'importance dans la vie cellulaire de la présence des matériaux nutritifs, sur la nécessité de ne pas supprimer de la pathologie mentale la psychologie, et aussi sur l'utilité de considérer le terrain dans l'étiologie des psychoses.

M. Yellowlees pense qu'il n'y a souvent dans ces questions qu'une querelle de mots, et que ce que M. Robertson appelle réactions naturelles des cellules corticales est ce que M. Clouston appelle prédisposition héréditaire. La grande objection à faire aux toxémistes est qu'ils semblent exclure de l'étiologie toutes les causes mentales. L'esprit devient une simple sécrétion cérébrale, et l'on rejette toute folie d'origine purement mentale, ce que contredit l'expérience; l'école pathologiste est trop absolue dans ses conclusions.

Digitized by Google

M. Bruce : On ne peut dénier le pouvoir de la prédisposition héréditaire ; la question est de savoir qui commence, des symptômes psychiques ou des symptômes physiques. La majorité des psychoses est toxique ; on peut les diviser en trois groupes : groupe métabolique (exemple : la mélancolie simple) ; groupe purement toxique ; groupe mixte avec combinaison des toxines des deux premiers. De la théorie toxique on peut déduire de bonnes indications thérapeutiques.

M. Marr conclut qu'en présence d'un champ si vaste, il y a a encore bien des recherches à faire.

XIII. — *Le traitement chirurgical de la folie hallucinatoire fondé sur son étude physiologique* ; par T. Claye Shaw (numéro de juillet). — L'auteur se livre à une analyse des phénomènes psychiques, d'où il conclut qu'il y a dans les maladies mentales des centres plus ou moins touchés, et que l'on peut généralement en reconnaître un comme atteint primitivement. En présence de l'insuffisance de la thérapeutique actuelle, qui ne s'attaque qu'aux symptômes, ou tout au moins à la périphérie, il propose une action sur les centres, action chirurgicale dont le premier acte serait une trépanation exploratrice.

XIV. — *Le sommeil en rapport avec les narcotiques dans le traitement des maladies mentales* ; par H. Rayner (numéro de juillet.) — Les narcotiques sont responsables d'une proportion considérable des troubles nerveux et mentaux dont on souffre dans les classes élevées. Le sommeil qui leur est dû n'est pas aussi réparateur que le sommeil naturel, et le soulagement de l'insomnie par leur usage peut être chèrement acheté.

En étudiant le sommeil, on apprend que le cerveau n'est pas seul à avoir un rôle dans sa production qui est un état de tout l'organisme. Il ne faut pas confondre le sommeil naturel, où il y a une inconscience sans insensibilité, avec le sommeil narcotique, où l'insensibilité accompagne l'inconscience ; dans les états hypnotiques il y a désordre de l'une et de l'autre. Le sommeil naturel est accompagné de l'activité de toutes les fonctions du corps, sauf la conscience ; dans la narcose il y a de grandes entraves à la nutrition.

L'auteur admet avec Meyer et Overton deux sortes de narcotiques d'après leurs caractères physiques et chimiques : les indifférents (chloral, etc.) et les basiques (morphine, etc.). Toutes deux produisent des désordres physiques, spécialement dans le système nerveux ; l'auteur les passe en revue et remarque leur action sur les cellules pyramidales, cellules analogues aux

Digitized by Google

cellules psychiques. L'action des narcotiques est directement opposée à l'élimination des déchets et à la réparation de l'organisme. L'usage prolongé ou à haute dose en est donc nuisible.

Il n'en est pas de même des autres agents du sommeil, spécialement de l'hydrothérapie qui accélère l'élimination.

On doit donc se demander : quelles sont les conditions dans lesquelles l'usage des narcotiques est bienfaisant, et même dans ces cas-là le traitement par d'autres moyens n'est-il pas préférable? La réponse peut être différente selon les opinions; mais l'auteur a écarté les narcotiques de sa pratique, du moins à dose narcotique : il ne les donne et très rarement qu'à dose hypnotique.

XV. — *Notes sur quelques cas de morphinomanie*; par R. Jones (numéro de juillet). — L'expérience de l'auteur porte sur 8 morphinomanes traités dans un asile, dont 4 hommes et 4 femmes; leur mode d'absorption du poison était varié : 3 d'entre eux se faisaient des piqûres de morphine; 2 aux piqûres ajoutaient l'ingestion de morphine; 1 absorbait par la bouche de la morphine; 1 autre du chlorodyne; enfin 1 femme n'a jamais avoué son procédé.

Les symptômes rappelés par l'auteur sont ceux que l'on connaît. Le pronostic dépend de l'âge du sujet, de la quantité de poison prise et du procédé d'absorption. L'isolement a été pratiqué par lui comme une condition indispensable, et il a eu après quatre mois de séjour 3 hommes guéris, dont un retomba, et 1 décès par lésions cérébrales; les 4 femmes guérirent, mais 3 firent une rechute dont une guérit; la seconde mourut de mélancolie et de phtisie et la troisième est encore en traitement.

Le traitement doit être préventif et curatif. Il faut rendre difficile la délivrance des remèdes, éveiller l'attention des médecins sur les dangers de leurs injections de morphine, détourner les habitués de la morphine de l'augmentation des doses avec ses conséquences. Un véritable remède préventif est le relèvement moral de la nation, car la morphinomanie n'est pas purement une maladie; une volonté solide peut en préserver. Le morphinomane doit être traité isolément, il ne doit pas être le maître de son traitement, il lui faut un internement, avec une surveillance contre la fraude, dans des hôpitaux comme ceux de Berlin ou de Brooklyn, où on l'entoure de soins dévoués dans la terrible lutte de la démorphinisation.

L'auteur préfère la démorphinisation brusque (de Obersteiner et Levinstein). La méthode rapide d'Erlenmeyer a

Digitized by Google

l'inconvénient de montrer au malade la seringue maniée par le médecin, mais elle peut être utile dans les affections organiques. Il repousse la méthode lente de Braithwaite, même modifiée par Jennings, car il faut obtenir la guérison avec le zèle du réformateur; on a moins de rechutes, et il est même préférable de ne pas substituer à la morphine d'autres médicaments. Avec la suppression brusque on doit rééduquer la volonté qui sommeille, donner une nourriture abondante, diminuer le malaise, puis organiser une vie occupée loin de toute tentation et garder le malade guéri en tutelle pendant un an.

XVI.—*Evolution du délire dans quelques cas de mélancolie*; par L. Weatherly (numéro de juillet).— Les mélancoliques ont assez souvent un délire fondé sur un fait récent réel, mais déformé par leur imagination; le développement de ce délire se fait grâce à leur prédisposition. Le traitement doit être très rapide. Les éléments en sont : une séparation complète du milieu; un traitement physique reconstituant (dans le genre du traitement au grand air de la tuberculose); il faut occuper l'esprit des malades sans le fatiguer; gagner leur confiance et ne pas souffrir qu'on leur fasse de fausses promesses ou qu'on semble accepter leur délire.

XVII. — *Les symptômes pupillaires chez les aliénés et leur valeur*; par T. P. Cowen (numéro de juillet). — Les troubles pupillaires si fréquents dans la paralysie générale sont rares dans les autres maladies mentales. L'auteur recherche une explication de leur mécanisme et de leur valeur. Dans la paralysie générale, ces symptômes sont précoces : il y a d'abord de l'inégalité, de la paresse des réflexes et de la diminution du réflexe cutané-pupillaire, puis de tous les autres; un signe précoce est la tendance de la pupille à se dilater pendant que persiste l'excitation lumineuse. L'auteur admet des pseudo-paralysies générales toxiques, saturnine, alcoolique, etc., chez qui existent les mêmes troubles iriens, mais disparaissant chez ces malades avec l'amélioration de l'affection; ce qui d'ailleurs peut aussi se voir dans les rémissions de la véritable paralysie générale, et même dans l'antisepsie intestinale pratiquée chez les paralytiques; ces troubles semblent ainsi en rapport dans certains cas avec des phénomènes toxiques. La signification des symptômes pupillaires est donc à elle seule douteuse. L'auteur a trouvé souvent des lésions disséminées des IIe et IIIe paires et des noyaux centraux, lésions d'ailleurs non spéciales à une maladie; il semble qu'il s'agit d'un agent toxique capricieux

Digitized by Google

dont le degré de toxicité serait en rapport avec le degré d'atteinte de la musculature intrinsèque de l'œil.

XVIII. — *Prophylaxie et traitement de la dysenterie des asiles*; par N. H. Macmillan (numéro de juillet). — La dysenterie est fréquente dans les asiles anglais ; l'auteur nous expose la pratique de l'asile de Claibury (comté de Londres), où elle a apparu dès l'ouverture en 1893. La dysenterie frappe un grand nombre de malades, les paralytiques généraux sont cependant relativement indemnes. Bien que certains auteurs aient admis qu'il s'agit d'une colite nerveuse, la théorie infectieuse est communément adoptée; on aurait affaire à la dysenterie ordinaire; diverses bactéries et protozoaires ont été décrits. Les causes prédisposantes sont toutes celles qui diminuent la résistance des aliénés et l'hygiène défectueuse; ce sont aussi les troubles digestifs, les purgations à l'huile de croton, et le sulfonal quand on en prolonge l'usage.

Comme moyens prophylactiques on emploie l'isolement, la désinfection de tout ce qui a approché le malade, la mise en observation de ses voisins de dortoirs traités en suspects. Les rechutes étant très fréquentes, il faut pratiquer une observation soigneuse des selles des convalescents et les isoler assez longtemps, puis ne pas les remettre au milieu d'aliénés curables ou récemment atteints. Les récidives seront soumises à une surveillance plus minutieuse encore.

Les selles douteuses seront examinées et on donnera des laxatifs légers; d'ailleurs il vaut mieux en général se tromper en exagérant le relâchement des malades plutôt que leur constipation ; les femmes surtout sont à surveiller sur ce point.

On doit d'ailleurs prendre toutes les mesures générales d'hygiène, spécialement veiller à la propreté et à la désinfection et encourager le zèle du personnel.

Comme souvent la contagion vient du dehors, il faut aussi surveiller les selles des entrants.

Le traitement est d'abord expectant, ce qui suffit souvent : du lait, le repos complet, et la guérison suit en deux ou trois jours. Sinon on institue un traitement symptomatique et diététique contre l'état intestinal, la prostration, les complications fréquentes de pneumonie et de cystite. Les aliénés se plaignent peu de la douleur. L'auteur trouve l'usage des lavements sans efficacité.

La convalescence se passera au lit; on prendra ensuite des

Digitized by Google

précautions au sujet du climat, de la nourriture et de la régularité des selles.

XIX. — *Les quartiers d'aliénés à l'hôpital de Copenhague*; par le professeur K. Pontoppidan (numéro de juillet). — L'hôpital de Copenhague possède un pavillon de traitement pour les aliénés, qui y séjournent jusqu'à guérison ou passage à la chronicité. On y pratique le non restreint absolu, et le service d'infirmières y est fait par des femmes d'un rang social élevé, avec un succès complet, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, sauf pour les plus violents; on n'a pas eu à se plaindre des tendances lascives des malades.

Le pavillon sert aussi de clinique d'enseignement à l'Université. Il permet enfin, par son voisinage avec l'hôpital, un passage aisé des salles ordinaires aux salles d'aliénés et réciproquement; ce qui a eu une heureuse influence sur les idées populaires concernant la folie.

XX. — *Sur quelques problèmes d'hérédité spécialement en rapport avec l'aliénation. Discours présidentiel à la 61e réunion annuelle de l'Association médico-psychologique. Liverpool, juillet* 1902; par J. Wiglesworth (numéro d'octobre). — L'hérédité est un problème encore obscur malgré tout l'intérêt qui s'attache à lui dans les maladies mentales; il soulève de nombreuses questions. L'auteur essaie de répondre à quelques-unes en utilisant sa statistique de 3.445 cas (asile de Rainhill); il n'a tenu compte que de l'hérédité des parents, grands-parents, oncles et frères, et a constaté la présence d'une hérédité dans 28 p. 100 des cas; la différence avec d'autres statistiques tient à la difficulté de préciser ce qui doit s'appeler influence héréditaire. L'hérédité est plus fréquente chez les femmes aliénées; l'influence prépondérante reconnue à l'hérédité maternelle ne lui a pas paru exacte, et les filles sont plus souvent atteintes que les garçons par l'hérédité paternelle et surtout par la maternelle.

Il est difficile de préciser la fréquence héréditaire des diverses formes de psychoses, étant donnés les défauts de toute classification qui en a été faite. Mais en ne considérant que quelques groupes très différenciés, l'auteur a constaté la présence de l'hérédité chez 44, 11 p. 100 des idiots sans prépondérance d'un sexe; chez 31,66 p. 100 des épileptiques avec un chiffre bien plus fréquent chez les femmes; chez 18,93 p. 100 des paralytiques généraux, les femmes étant deux fois plus héréditaires que les hommes; enfin, dans la masse des autres formes

Digitized by Google

il y a 28,85 p. 100 d'héréditaires avec une légère prédominance du sexe féminin.

Une maladie mentale acquise par un des parents se transmet-elle à ses enfants? C'est une forme du grand problème de l'hérédité des caractères acquis. Il faut avoir grand soin de distinguer de l'hérédité l'influence de l'alcoolisme des parents où le poison lèse le germe, ce qui n'est pas l'hérédité. Et aussi l'influence de la syphilis héréditaire où le poison, infection spécifique sans doute, peut léser le germe directement, d'une part, tandis que de l'autre une action toxique non infectieuse (parasyphilitique) trouble le développement du système nerveux, ce qui explique la paralysie générale héréditaire. Ce n'est donc pas là, à proprement parler, une transmission de caractères acquis par les parents. Pour ce dernier problème, il faut remarquer combien souvent les enfants échappent à l'hérédité des caractères de leurs parents, surtout à ceux qui sont purement individuels. Il faut d'autre part savoir que des caractères non héréditaires peuvent apparaître chez le rejeton, favorables ou défavorables, et par exemple la folie. Et l'auteur donne deux observations remarquables de folie familiale et non héréditaire. On n'a encore sur ces faits qu'une lumière imprécise.

La question se pose pratiquement pour le mariage des parents d'aliénés. D'une façon plus générale, prévoir le résultat de l'union de deux individus serait d'une immense utilité pour la race humaine; on pourrait rechercher la formation d'une espèce sélectionnée, phénomène tout nouveau, car il ne semble pas qu'avec le système du hasard actuel la race dans son ensemble ait un pouvoir intellectuel supérieur à celui des anciennes races civilisées, et les conditions de la vie moderne tendent à empêcher la sélection. Ce sera peut-être l'œuvre du siècle actuel que d'appliquer à la race humaine les lois de la sélection méconnues aujourd'hui par les mœurs et dans l'esprit des lois.

Par quels procédés y arrivera-t-on? Recourir à des diplômes de capacité, à des encouragements donnés par des entreprises; c'est le procédé de Galton, il est trop artificiel. La législation? C'est la plus incompétente des entreprises. Maudsley a remarqué depuis longtemps qu'être amoureux est la conséquence des relations du voisinage; c'est donc aux familles à ne permettre que le voisinage de jeunes gens physiologiquement bien adaptés et à diriger en ce sens l'éducation.

Il est cependant à craindre que l'on ne soit ici en présence que d'utopies, lorsqu'on voit en Angleterre une nation

Digitized by Google

dont les naissances diminuent faire preuve d'insouciance à augmenter la quantité et la valeur de ses éléments.

XXI. — *Contribution statistique à l'anatomie pathologique des aliénés*; par le T. D. Dr Greenlees (numéro d'octobre). — Cette statistique concerne l'état de tous les organes dans 232 autopsies d'aliénés pratiquées à l'asile de Grahamstown (Afrique du Sud). L'auteur établit des tableaux de la cause de la mort, du poids des organes, des lésions du cerveau qui atteignent la dure-mère dans 62,5 p. 100 des cas, la pie-mère dans 67,6 p. 100 et l'écorce qui est ramollie en des points divers dans 47, 6 p. 100; il a rassemblé 13 cas de pachyméningite hémorragique, 5 cas de kystes du cerveau dont 1 hydatique, 4 hémorragies, 4 tumeurs dont on donne l'observation, etc. Le poids du cerveau est intéressant eu égard aux différentes races en présence.

Parmi les lésions viscérales, la place importante est tenue par les maladies du cœur : hypertrophie, dégénérescence graisseuse, péricardite, maladies valvulaires, athérome et lésions artérielles spécialement dans la paralysie générale; par les maladies pulmonaires : tuberculose due à l'état général et aux défauts de l'hygiène, pneumonie et lésions pleurales; par la congestion hépatique ; les autres affections hépatiques ne sont pas rares ; les lésions des reins sont très fréquentes ainsi que les lésions graves de la tuberculose intestinale et de la dysenterie, causes de la mort.

XXII. — *Importance de l'excitation pour l'entretien et dans la déchéance du système nerveux*; par le Dr F. W. Mott (numéro d'octobre). — Dans cette étude qui se prête difficilement à une analyse, l'auteur examine la nature de la vibration moléculaire nerveuse qui forme l'excitation, ses rapports avec l'attention, avec les impulsions inhibitrices antagonistes, la formation de l'automatisme psychique; il admet la formation de réserves d'énergie par la transformation physique ou chimique des excitations du dehors. Comme application pratique de ces théories, il considère que l'habitude peut être l'explication pathogénique des divers accidents nerveux (épilepsie, contracture hystérique, catalepsie) ou mentaux (illusion, hallucination). Il attribue à la myéline un rôle actif; des considérations physiques, chimiques, embryologiques, permettent de lui reconnaître une fonction d'accumulation d'énergie. L'excitation sensorielle a une grande importance dans le développement de la myéline et dans sa conservation.

Digitized by Google

Le passage d'un courant produit une désintégration des neurones qui devient excessive si l'équilibre nutritif est rompu, ce qui se voit dans les intoxications. Dans le tabes, la syphilis produit une perte de vitalité, une vie active fatigue le système nerveux, qui ne peut alors se réparer. Il en est de même dans diverses affections du système nerveux et on sait que la fatigue mentale est une cause d'aliénation.

XXIII. — *Remarques sur le traitement chirurgical de la folie*; par le Dr D. Harrisson (numéro d'octobre). — L'auteur a opéré avec succès un certain nombre de cas d'aliénation mentale consécutifs ou non à un traumatisme cranien; il en publie les observations en ajoutant qu'il faut, pour justifier l'opération, être en présence d'un symptôme de localisation.

XXIV. — *Possibilité de préparer des moyens de traitement appropriés aux maladies mentales débutantes ou transitoires dans nos grands hôpitaux généraux*; par le Dr T. S. Clouston (numéro d'octobre). — Ce traitement n'existe pas encore; il est utile de le créer pour les classes pauvres, il peut en résulter de plus nombreuses guérisons, donc moins de charges publiques. Les asiles sont redoutés, et tous les malades ne peuvent au début justifier un certificat d'internement. L'hôpital n'a pas les mêmes inconvénients et surtout il habituera le peuple à considérer la folie comme une maladie, ni plus ni moins. Ce sera un service spécialisé de plus dans l'hôpital.

On peut réaliser cette réforme sans qu'un lit d'aliéné coûte plus cher qu'un lit d'hôpital ordinaire, il ne faudra que de légères modifications d'intérieur. Il n'y a pas à craindre de troubler les autres malades de l'hôpital si l'on fait un choix judicieux. Le personnel hospitalier conviendra très bien aux soins de tels aliénés, il suffira d'une instruction appropriée. On ne sera pas obligé en général de prolonger les limites régulières de séjour à l'hôpital. Beaucoup plus de malades qu'on ne croit ont besoin de ce traitement à l'hôpital et ils y viendront. Ils seront d'un grand secours pour l'instruction médicale, et diminueront par leur guérison le nombre des aliénés.

Si pareilles salles spéciales n'existent plus dans les hôpitaux, c'est qu'ils n'avaient autrefois que des malades chroniques à traiter et qu'ils employaient de mauvais moyens. Le traitement des aliénés pauvres doit comporter : un service d'hôpital pour malades curables ou débutants; un hôpital fermé pour les cas aigus mais nécessitant un internement; un asile de chroniques ; et un système familial pour les chroniques faciles.

Digitized by Google

XXV. — *Statistiques médico-psychologiques; raisons d'être de leur définition et de leur corrélation en vue d'une étude d'ensemble*; par le Dr C. H. Bond (numéro d'octobre). — La statistique supporte la défaveur publique parce qu'on oublie qu'elle a des lois qui, violées, donnent des erreurs, et qu'on ne doit pas faire de la statistique en vue seulement de démontrer une théorie. Bien faite au contraire, la statistique est une vraie science.

Les tableaux statistiques usités dans les asiles anglais ne sont plus assez au courant des données actuelles; on y trouve aussi des répétitions inutiles, des ambiguïtés, des lacunes que certains asiles ont comblées d'eux-mêmes; il serait désirable aussi d'établir des rapprochements entre les divers tableaux. L'auteur reproduit tous ces tableaux avec des observations pour chacun d'eux; notons les remarques sur la méthode pour éviter les erreurs dans le calcul des guérisons, dans celui des causes de mort, dans le cas par exemple d'un paralytique général tuberculeux, et dans les données étiologiques multiples.

XXVI. — *Observations sur la cellule de névroglie et ses prolongements*; par le Dr R. R. Leeper (numéro d'octobre). — L'étude de la névroglie est très intéressante et devrait être faite fréquemment et de très bonne heure après la mort. On la trouve fréquemment modifiée chez les aliénés. Le rôle de la névroglie est complexe, comme l'a montré Cajal; l'auteur lui attribue en plus une fonction vaso-motrice. Le pigment qu'elle contient doit être normal. Ses prolongements sont mobiles, et les plus intéressants sont les prolongements vasculaires de Bevan Lewis, dont les fonctions semblent être la contractilité, l'excrétion et l'absorption.

XXVII. — *Note sur la pathogénie de la folie diabétique*; par le Dr W. R. Dawson (numéro d'octobre). — Le diabète est accompagné de modifications du caractère: nonchalance, dépression, affaiblissement d'esprit, irritabilité; la psychose diabétique vraie n'en est pas l'exagération; ces caractères ne lui sont d'ailleurs pas exclusifs. L'explication pathogénique principale en est dans un vice de nutrition du cerveau, dû à la réduction de l'oxygène du sang par les substances anormales qu'il renferme; l'anatomie pathologique, en montrant l'atrophie du cerveau des diabétiques, semble ajouter sa confirmation aux données cliniques et chimiques.

XXVIII. — *Le soin des idiots et des imbéciles*; par le Dr J. H. Sproat (numéro d'octobre). — En Angleterre, les faibles

Digitized by Google

d'esprit peuvent recevoir une éducation spéciale, grâce à l'*Act* de 1899, lorsqu'ils sont jeunes; les adultes sont entre l'asile et la prison.

Les idiots et les imbéciles peuvent être groupés en quatre catégories: les jeunes, capables de s'instruire ou de travailler; l'*Idiots Act* de 1886 les concerne, ils bénéficieront des dépenses faites pour eux; — les jeunes qu'on n'a qu'à garder, ils sont dans les *workhouses* et les asiles d'aliénés, ce qui offre bien des inconvénients; — les adultes susceptibles d'être occupés, partagés entre les *workhouses* et les asiles, selon qu'ils sont ou non de caractère facile; — les adultes qui n'ont besoin que de surveillance et qui sont partagés entre les mêmes établissements.

Ainsi donc, ces diverses catégories se répartissent entre plusieurs domiciles:

La maison familiale sans aucun traitement éducatif, ou la maison familiale avec la fréquentation de classes spéciales, ce qui convient très bien aux jeunes malades si l'instinct sexuel est suffisamment surveillé;

Le *workhouse*, qui n'est pas approprié à l'éducation ni même à la garde des enfants en général, mais qui convient aux adultes travailleurs ou même à ceux qu'il suffirait de garder et qu'on évacue trop facilement sur l'asile;

Les asiles d'idiots (*Act* de 1886), qui ne devraient servir qu'aux curables, mais où l'on admet tout le monde;

Les asiles d'aliénés, où les épileptiques et idiots ne sont pas séparés des aliénés.

Il serait désirable qu'on fît bénéficier bien davantage ces jeunes malades de la loi sur les enfants arriérés et épileptiques; que les questions d'intérêt des workhouses et des asiles soient réglées de façon à garder au workhouse le plus possible d'adultes; l'entrée des asiles d'idiots devrait être rendue aisée aux curables et difficile aux autres; enfin dans les asiles, l'idiot incurable devrait être séparé de l'aliéné curable et ne lui prendre ni la place ni les ressources auxquelles il a droit.

XXIX. — *Rapports des symptômes mentaux avec les maladies somatiques et leur traitement*; par le Dr N. Raw (numéro d'octobre). — Dans des maladies non mentales on voit très souvent des symptômes psychiques (délire de la pneumonie, dépression post-grippale), qui peuvent avoir de graves conséquences telles que le suicide. On ne sait où les soigner. L'auteur a pu dans une infirmerie de la *Poor Law*, à Liverpool, garder, pendant les vingt jours que donne la loi, des aliénés

Digitized by Google

aigus au lieu de les envoyer à l'asile et en a rendu à la liberté dans ce laps de temps 32 p. 100, en général alcooliques. La création dans les centres importants d'une infirmerie spéciale, d'où l'on n'irait à l'asile qu'au bout de six semaines, devrait être légalement autorisée : les aigus y seraient mieux soignés, pourraient guérir sans avoir eu la marque officielle de la folie, et l'enseignement des maladies mentales serait mieux donné.

VICTOR PARANT fils.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

Les alcoolisés non alcooliques. Etude psycho-physiologique et thérapeutique sur l'intoxication alcoolique latente : alcoolomanie; par le Dr Dromard. Br. in-8°, 182 pages. Paris, G. Steinheil, édit., 1902.

Dans le courant des années 1899-1900, à quelques mois d'intervalle, dépôt fut fait sur le bureau de l'Académie de médecine de deux mémoires qui devaient provoquer, dans les milieux scientifiques, la plus attentive curiosité : une nouvelle entité morbide venait d'être isolée, — l'alcoolomanie, — à laquelle était avantageusement opposé un nouveau sérum, — l'anti-éthyline. Répandue, commentée, sans doute aussi travestie par la presse extra-médicale, la double découverte de MM. Broca, Sapelier et Thébault eut en effet quelque retentissement et suscita, dès l'origine, de copieuses, parfois vives discussions; quelques jours durant, elle défraya la chronique, puis, rapidement, les polémiques s'apaisèrent et bientôt le silence se fit, sinon l'oubli, sur l'alcoolomanie et son sérum.

M. Dromard, dans une thèse récente, n'a pas craint de reprendre cette question dont l'intérêt paraissait épuisé, et s'est efforcé, en la replaçant sur le terrain exclusivement scientifique, de la relever d'un discrédit, suivant lui, immérité. Entreprise d'autant plus louable qu'elle s'annonçait à la vérité plus ardue et qu'il a fallu à son auteur, pour n'y pas échouer, des ressources incontestables d'ingéniosité et de talent.

Dans leur étude de l'anti-éthyline, MM. Broca, Sapelier et Thébault n'avaient envisagé que le point de vue expérimental et clinique. C'est uniquement œuvre de psychologue que M. Dromard a prétendu faire : il a voulu, après coup, édifier la théorie qui eût pu, dès le principe, guider les premiers auteurs et qui, aujourd'hui encore, doit fournir l'explication la plus rationnelle des résultats acquis.

Une objection *a priori*, très forte, avait été opposée à à MM. Broca, Sapelier et Thébault. Que l'anti-éthyline,

Digitized by Google

avait-on dit, sérum antitoxique, puisse, dans des conditions déterminées, neutraliser l'action de l'alcool et, dans une certaine mesure, améliorer en ce sens l'état physiologique du buveur, la chose en soi ne paraît pas impossible; mais, qu'une injection de liquide organique, qu'un acte sérothérapique devienne capable de produire un effet jusqu'ici considéré comme d'ordre purement psychologique, le dégoût de l'alcool, c'est là notion si imprévue et à ce point nouvelle qu'on n'y peut, sans démonstration péremptoire, ajouter foi.

L'argument, en son temps, était resté sans réplique, et, pour beaucoup, avait clos le débat.

C'est l'explication de ce paradoxe que M. Dromard a cherchée et qu'il croit avoir trouvée dans l'analyse de la vie psycho-physiologique et de l'habitude morbide du buveur. Suivons-le dans ses développements.

Tout d'abord, M. Dromard pose en fait que le dégoût de l'alcool est instinctif chez l'homme; et l'observation quotidienne lui fournit des exemples nombreux à l'appui de cette opinion.

Puis, il déclare — et c'est là, ce nous semble, l'idée maîtresse de son travail — que ce dégoût instinctif, bien loin d'être un simple caprice de notre mentalité, n'est que « l'expression solidaire et indissociable d'une intolérance physiologique ». Manifestations sensibles, traductions extérieures de phénomènes cellulaires obscurs dont les centres nerveux seraient le siège, l'intolérance et le dégoût représenteraient à ses yeux la réaction spontanée de tout organisme vierge à la première injure de l'alcool.

Mais — fait malheureusement trop évident — cette intolérance ne se montre pas irréductible, ni ce dégoût insurmontable. Quelle est donc la raison de ce « revirement inattendu qui conduit l'homme un beau jour à lutter contre sa propre nature et à se faire violence au point d'agréer son mal »?

S'il ne tenait qu'à lui, il est à croire que l'homme conserverait jalousement ce précieux réflexe d'intolérance et aurait à cœur de persévérer en cet heureux état de dégoût. Mais, autour de lui, si nombreuses, si variées sont les formes que la tentation a su prendre, si répétées les incitations de la vie quotidienne que, tôt ou tard, — et plus souvent tôt que tard, — il en arrive à vaincre son originelle répulsion et à s'initier à l'alcool.

Plus ou moins longue, plus ou moins pénible, suivant les dispositions particulières à chacun, cette phase d'initiation, pour tous nécessaire, se marque par des modifications cellu-

Digitized by Google

laires intimes et par une transformation psychologique manifeste. Sous l'influence parésiante de l'alcool, la cellule nerveuse qui, d'abord, réagissait violemment, voit sa sensibilité s'émousser, au point qu'elle ne témoigne plus à l'égard du toxique qu'indifférence et qu'inertie : l'*accoutumance* s'est établie, l'accoutumance, indice premier et premier méfait de l'intoxication.

Sans trêve, un second terme lui succédera, qui sera le *besoin*. Stupéfiée par le poison, la cellule nerveuse languit dans un état de torpeur dont une excitation factice pourra seule avoir raison; une force étrangère deviendra désormais nécessaire pour qu'elle recouvre son énergie tarie; il lui faut un stimulant; elle a besoin d'alcool. Et voilà comment « par une éducation-perversion », l'organisme du buveur, de « l'état-prime » physiologique, d'intolérance et de dégoût, en sera venu à un « état-second », pathologique, d'accoutumance et de besoin.

D'autres auteurs, avant M. Sapelier, avaient entrevu, sinon nettement différencié, cette phase intermédiaire de l'alcoolisation qui n'est plus la virginité alcoolique et qui n'est pas encore l'alcoolisme chronique. MM. Ruyssen et Jaquet, par exemple, avaient décrit un « alcoolisme latent ». M. Sapelier s'est efforcé de faire prévaloir la dénomination d'*alcoolomanie*, en raison des analogies qu'il découvre entre ce degré de l'intoxication alcoolique et l'imprégnation morphinique, dont l'un des stades tout au moins se caractérise par les mêmes phénomènes d'accoutumance et de besoin.

Mais il est allé plus loin, et, en collaboration avec MM. Broca et Thébault, il a cherché un moyen d'arrêter ces buveurs sur la pente fatale où ils paraissaient engagés. Dans ce but, il a eu recours à la sérothérapie.

L'idée qui le guida et qui, paraît-il, a surpris, était cependant des plus rationnelles. Si l'on veut bien admettre, en effet, avec M. Dromard, que l'alcoolomanie n'est en aucune façon l'indice d'une perversion des instincts, mais qu'elle traduit seulement la diminution de vitalité de la cellule nerveuse dont les facultés d'impressionnabilité et de réactivité sont émoussées, on sera du même coup porté à penser que là où les tentatives de redressement moral et d'éducation mentale doivent fatalement échouer, un agent physiologique aura au contraire les plus grandes chances de réussir, qui se montrera capable de restituer aux cellules nerveuses leur sensibilité adultérée et leur virginité perdue. Or, *a priori*, quel agent thérapeutique paraît

Digitized by Google

e plus apte à jouer ce rôle et à remplir les conditions de ce postulat, si ce n'est un sérum?

Comment, en effet, d'après les données les plus récentes, agit un sérum antitoxique? Est-ce par la neutralisation pure et simple des effets du toxique? En aucune façon : mais en actionnant directement les différents appareils de l'économie, en les excitant à réagir contre les effets du toxique, en provoquant les cellules elles-mêmes à sécréter le contre-poison, l'antitoxine. Le fait est aujourd'hui généralement admis pour les poisons microbiens; il paraît probable pour les poisons minéraux (Roux, Borel et Besredka, Ehrlich, Kaufmann, etc.); il a été démontré pour l'alcool : « L'immunité d'un organisme pour l'alcool — immunité relative obtenue par l'administration répétée de doses croissantes du poison — s'accompagne de la formation d'une substance ayant les caractères biologiques d'une antitoxine dans le sang de l'animal immunisé. » (Toulouse, Maramaldi.)

N'était-il pas, dès lors, légitime d'utiliser cette notion et de l'appliquer au traitement de l'alcoolomanie? Certes les cellules nerveuses de l'alcoolomane sont déjà atteintes dans leur nutrition, comme le révèle l'accoutumance, mais, comme le prouve le besoin, elles sont encore capables d'être incitées et de réagir : donc, indication rationnelle pour l'emploi, conditions favorables pour le succès d'un sérum.

Sa démonstration ainsi faite, il ne restait plus à M. Dromard qu'à en tirer les conclusions qui naturellement en découlent pour l'application de la médication sérothérapique et pour sa réglementation. Sans entrer avec lui dans des détails de technique, dont nous ne méconnaissons d'ailleurs ni l'intérêt, ni l'importance, nous retiendrons seulement les propositions qu'il formule touchant les contre-indications de la méthode. D'après M. Dromard, doivent être considérés comme contre-indiquant formellement l'emploi du sérum tous les états « susceptibles de diminuer l'incitabilité et la réactivité des éléments cellulaires que l'acte sérothérapique doit mettre à contribution pour la défense de l'organisme », c'est-à-dire les psychoses, les névroses, les maladies du système nerveux et de la nutrition et surtout l'alcoolisme proprement dit; en d'autres termes, et, d'une façon plus générale, « il faudra limiter l'action du sérum aux alcoolomanes sans tares, ni lésions ». Même ainsi restreint, le champ d'efficacité de l'anti-éthyline lui paraît d'ailleurs encore assez vaste pour que la nouvelle médication puisse prétendre à un

Digitized by Google

rang honorable parmi les méthodes et les procédés déjà utilisés dans la lutte toujours ouverte contre l'alcool.

Nous voudrions pouvoir, nous aussi, souscrire à cette opinion et partager ces espérances. Il ne nous serait pas moins agréable de penser que la thèse de M. Dromard, atteignant le but visé, désarmant la critique, convainquant les sceptiques, fût de nature à ramener la faveur sur une tentative méconnue ou trop hâtivement condamnée. Et cependant, il ne nous est guère possible de dissimuler nos inquiétudes sur la solidité d'un édifice si ingénieusement, mais si fragilement construit, et nous ne pourrons, quant à nous, chasser de notre esprit le doute aussi longtemps que M. Dromard n'aura pas apporté la preuve positive, tangible, des modifications cellulaires intimes, morphologiques ou chimiques, qu'il suppose à la base de tous ses raisonnements. Sous ces réserves, il nous plaît de rendre hommage au choix et à la qualité des moyens mis par lui au service de sa cause, et nous tenons pour certain que tous ceux qui, comme nous, se donneront le plaisir de le lire, seront frappés et resteront séduits par les qualités brillantes qu'il a su déployer : richesse de la langue, abondance du verbe, éclat du style. C'est au point que l'on pourrait être tenté de lui en faire grief dans un mémoire de technique pure. A tort, sans doute. Car, n'est-ce pas la forme qui convient le mieux et qui s'adapte le plus justement à cette science bien conjecturale et riche surtout d'hypothèses que reste encore et malgré tout la psycho-physiologie ?

GEORGES VERNET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Las afasias musicales. Contribución á la patologia del lenguaje musical ; par le Dr José Ingegnieros. 26 pages in-8°. Extrait de l'*Argentina medica*, décembre 1904.

— Du placement des aliénés criminels en Suisse ; par le Dr Edouard Borel. 51 pages in-8°. Saint-Blaise, 1904.

— Reports of the Trustees and superintendent of the Butler hospital, presented of the corporation at its sixty-first annual meeting, january 25, 1905, Providence, R. I. ; par le Dr G. Alder Blumer. 49 pages in-8° avec planches, 1905.

Digitized by Google

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 17 avril 1905.

Présidence de M. DOUTREBENTE, Vice-Président.

L'assemblée générale s'est tenue à 3 heures, rue de Seine, sous la présidence de M. Doutrebente, Vice-Président.

Absents et excusés par lettre : MM. Christian, Dupré, Meilhon, Picard, Védie.

M. Dupain fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier et déclare qu'après examen, les comptes ont été reconnus exacts.

L'assemblée générale approuve les comptes du trésorier pour l'année 1904 et vote des remerciements à M. Mitivié, trésorier.

M. le Président donne la parole à M. Giraud, pour la lecture du rapport annuel.

Rapport du secrétaire.

MESSIEURS,

J'ai, conformément aux statuts, à vous présenter le rapport sur la situation de notre Association, et vous allez entendre le trente-neuvième rapport annuel.

Comme tous les ans, je rappelle que l'œuvre fondée par Baillarger en 1865 n'a pas cessé de venir en aide aux infortunes se révélant dans le groupe restreint des médecins aliénistes. Nous secourons des veuves, des enfants, parfois des confrères dans la gêne. Votre bureau et votre conseil d'administration savent combien ces secours sont nécessaires, et, lorsqu'une

Digitized by Google

infortune nouvelle se révèle, le secours est donné le plus promptement possible, sous le contrôle du conseil d'administration.

Sauf une exception datant des premières années de la fondation de l'œuvre, exception que l'assemblée générale a votée tous les ans en mémoire de Baillarger qui l'avait demandée, la condition nécessaire pour avoir droit au secours, quand une infortune se révèle, est que le médecin aliéniste fasse partie de notre Association, soit comme membre fondateur, soit comme membre sociétaire.

Pour continuer une pieuse tradition, j'ai à mentionner que Brierre de Boismont, Baillarger, Achille Foville, Lunier, Mesnet, Billod, A. Semelaigne, Bouchereau, Henri Dagonet, forment la liste de nos confrères disparus ayant été les bienfaiteurs de notre Association.

La mort nous a enlevé un de nos membres depuis la précédente assemblée générale.

Le Dr Paul Garnier est mort subitement le mois dernier dans la force de l'âge. M. Paul Garnier était membre du Conseil de notre Association, et était un confrère à la fois des plus distingués et des plus sympathiques. Né le 28 avril 1848, à Chérac (Charente-Inférieure), il avait fait ses études médicales à la Faculté de Paris, et avait été attiré vers l'étude des maladies mentales dans le service de M. Magnan, dont il était devenu l'élève et l'ami.

Il avait été chargé en 1886 de la direction de l'infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de police, et il avait trouvé là un beau champ d'études, la plupart des aliénés de la Seine passant par le dépôt de la Préfecture de police avant d'être dirigés sur Sainte-Anne. Il était devenu un médecin légiste très compétent et très apprécié. En même temps c'était un travailleur infatigable et la liste de ses travaux formerait une longue bibliographie. Il était membre assidu de la Société médico-psychologique, dont il fut président en 1897. Dans les discussions, il s'exprimait d'une manière élégante et claire. Dans ces dernières années il fut chargé par la Faculté de médecine d'un cours de médecine légale psychiatrique et ce cours avait obteuu le plus grand succès.

C'est avec un vif regret que nous enregistrons ici la perte de M. Paul Garnier.

Nous avons eu, en 1904, plusieurs démissions : MM. Belle, Franklin Grout, Schils, Taguet; et je dois mentionner que sur la liste des membres inscrits à la suite du compte rendu de la précédente assemblée générale, plusieurs confrères avaient été maintenus à tort, quoique antérieurement démissionnaires, ce sont : MM. Larroque, Binet des Roys, Doursout, Allaman.

Nous ne pouvons que déplorer de voir des confrères, en

Digitized by Google

prenant leur retraite, cesser de faire partie de notre Association, brisant ainsi le lien qui les attachait à la famille des médecins aliénistes.

L'Association compte à la date d'aujourd'hui :

Membres à vie		2
—	fondateurs	46
—	sociétaires	88
	Total des membres	136

Les asiles souscripteurs sont au nombre de trente-cinq, avec les souscriptions suivantes :

Asile public	de Sainte-Catherine (Allier)	25 fr.
—	de Prémontré (Aisne)	100
—	de Saint-Lizier (Ariège)	50
—	d'Aix (Bouches-du-Rhône)	50
—	de Marseille (Bouches-du-Rhône)	50
—	de Dijon (Côte-d'Or)	100
—	d'Evreux (Eure)	100
—	de Bonneval (Eure-et-Loir)	50
—	de Quimper (Finistère)	100
—	de Toulouse (Haute-Garonne)	100
—	d'Auch (Gers)	100
—	de Bordeaux (Gironde)	100
—	de Rennes (Ille-et-Vilaine)	100
—	de Dôle (Jura)	100
—	de Blois (Loir-et-Cher)	100
—	de Saint-Alban (Lozère)	25
—	de Châlons (Marne)	100
—	de Saint-Dizier (Haute-Marne)	100
—	de La Roche-Gandon (Mayenne)	100
—	de Maréville (Meurthe-Moselle)	100
—	de Lesvellec (Morbihan)	100
—	d'Armentières (Nord)	100
—	de Bailleul (Nord)	100
—	de Clermont (Oise)	100
—	de Saint-Robert (Isère)	100
—	d'Alençon (Orne)	50
—	de Saint-Venant (Pas-de-Calais)	100
—	de Pau (Basses-Pyrénées)	100
—	de Bron (Rhône)	100
—	de Bassens (Savoie)	100
—	de Quatre-Mares (Seine-Infér^re^)	100

Digitized by Google

Asile public de Saint-Yon (Seine-Inférieure)	100 fr.
— de Dury-lès-Amiens (Somme).	100
— d'Auxerre (Yonne).	100
Asile privé de Sainte-Marie de l'Assomption.	50

Sur la demande de notre président, M. Christian, à M. Monod, le ministre de l'Intérieur a alloué, en 1904, une subvention de 1.200 francs. Nous en remercions M. le Ministre et M. Monod.

J'ai maintenant à vous exposer la situation financière :

Les recettes de l'année 1904, jointes à l'encaisse du 31 décembre 1903, se sont élevées à	16.737 69
En caisse au 31 décembre 1903	4.510 04
Cotisations.	2.350 »
Subvention ministérielle	1.200 »
Souscriptions d'asiles.	3.147 85
Intérêts des capitaux	4.975 35
Intérêts des fonds déposés au Crédit foncier. .	12 35
Frais de recouvrements remboursés.	42 10
Secours remboursés.	500 »
Total égal.	16.737 69
Les dépenses en 1904 ont été de	11.554 40
ainsi décomposées :	
A quatorze veuves de fondateurs ou sociétaires.	7.950 »
A un fils de sociétaire décédé.	400 »
A deux veuves d'anciens internes d'asile. . . .	500 »
Dépenses au Crédit foncier..	21 85
Achat de 6 obligations Est Algérien.	2.577 30
Frais d'administration : imprimés (14 fr. 15), recouvrements (51 fr. 70), envoi de secours (16 fr. 50), convocations, lettres, envoi du compte rendu (22 fr. 90)	105 25
Total.	11.554 40
Restait disponible au 31 décembre 1904. . . .	5.183 29
Total égal aux recettes.	16.737 69

La somme disponible au 31 décembre a permis de distribuer

Digitized by Google

les secours de janvier avant la rentrée des recettes de l'année courante.

Les secours distribués jusqu'à ce jour par l'Association s'élèvent à la somme de 257.219 francs.

Le capital placé suivant les statuts, augmenté de dons et legs, représente environ 167.005 francs et se décompose ainsi :

3.905 francs rente 3 p. 100.

43 obligations du chemin de fer du Midi.

30 obligations du chemin de fer P.-L.-M. fusion.

6 obligations du chemin de fer Est-Algérien.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1906 sont les suivantes :

En caisse au 31 décembre 1904.	5.183	29
Cotisations.	2.350	»
Subvention ministérielle	1.200	»
Souscriptions d'asiles.	3.150	»
Intérêts des capitaux.	4.975	»
Total	16.858	29

Sur cette somme, conformément aux statuts, on peut disposer d'environ 13.000 francs.

Dans sa dernière séance de janvier, le Conseil a alloué des secours qui s'élèvent à la somme de 4.000 francs ainsi répartis :

A quatorze veuves de sociétaires ou fondateurs.	3.800	»
Au fils d'un sociétaire décédé.	200	»
Total.	4.000	»

Il reste donc disponible 9.000 francs pour subvenir aux nécessités du deuxième semestre, aux éventualités qui peuvent se produire; dès aujourd'hui, le Conseil vous propose d'accorder 500 francs à répartir entre deux veuves d'anciens internes d'asiles.

Tel est l'état de la caisse. Ce compte rendu financier est fourni, comme d'habitude, par M. Mitivié, notre aimable trésorier, dont vous connaissez tout le zèle et le dévouement pour notre Association.

J'ajouterai pour compléter ce compte rendu qu'au procès-verbal de la séance du Conseil d'administration du 31 octobre 1904, il est fait mention, au nom de la Société, d'un témoignage de profonde sympathie au Dr Vallon, à l'occasion de la tentative de meurtre dont il a été l'objet. Cette mention présentée par M. le Président, M. Christian, est adoptée à l'una-

Digitized by Google

nimité, et l'extrait du procès-verbal a été transmis à M. Vallon par votre secrétaire.

M. le Président met aux voix la proposition d'allouer un secours de 500 francs à deux veuves d'anciens internes d'asiles d'aliénés. Cette proposition est adoptée.

On procède ensuite au renouvellement des membres sortants du Conseil, conformément à l'article 9 des statuts, et au remplacement d'un membre du Conseil décédé.

Les membres sortants sont : MM. Arnaud, Doutrebente, Dupain, Magnan, Ritti.

MM. Arnaud, Doutrebente, Dupain, Magnan, Ritti, sont réélus pour une période de trois années.

M. Vigouroux est élu en remplacement de M. Paul Garnier, décédé.

Le Conseil est ainsi composé pour l'année 1905 :

MM. Giraud, Goujon, Motet, Semelaigne, Vigouroux, dont les pouvoirs expireront en 1906 ;

MM. Briand, Brunet, Christian, Mitivié, Vallon, dont les pouvoirs expireront en 1907 ;

MM. Arnaud, Doutrebente, Dupain, Magnan, Ritti, dont les pouvoirs expireront en 1908.

L'assemblée renouvelle les pouvoirs du bureau :

Président, M. Christian.

Vice-président, M. Doutrebente.

Trésorier, M. Mitivié.

Secrétaire, M. Giraud.

La séance est levée à 4 heures.

LISTE DES MEMBRES

Membres à vie.

M. Christian. M. Doutrebente.

Membres fondateurs.

MM.	MM.	MM.
Antheaume.	Chaslin.	Dupré.
Arnaud.	Chaussinand.	Faucher.
Ballet (G.).	Conso.	Gallopain.
Biaute.	Cortyl (Edmond).	Giraud.
Boubila.	Cortyl (Germain).	Girma.
Boudrie.	Cullerre.	Goujon.
Briand.	Dagonet (Jules).	Homery.
Brunet.	Dubuisson (Paul).	Lalanne.
Carrier.	Duhamel.	Lallemant.

Digitized by Google

MM.
Lapointe.
Mabille.
Magnan.
Marandon de Montyel.
Mitivié.
Moreau (de Tours).

MM.
Motet.
Nolé.
Parant.
Péon.
Petit (Gilbert).
Pétrucci.
Pierret.

MM.
Régis.
Ritti.
Semelaigne.
Simon (Max).
Vallon.
Voisin (Jules).

Membres sociétaires.

MM.
Adam (Aloyse).
Anglade.
Audy.
Baruk.
Bécue.
Bellat.
Belletrud.
Bessières.
Bonnet (J.).
Boissier.
Boiteux.
Bourdin.
Broquère.
Brunet (St-Yon).
Chardon.
Charon.
Charuel.
Chocreaux.
Colin.
Croustel.
Danner.
Delaporte.
Dericq.
Devay.
Dubourdieu.
Dubuisson (M.).
Dumaz.
Dupain.
Fenayrou.
Garnier (Samuel).

MM.
Gilson.
Guyot (Aug).
Hamel.
Hospital.
Jacquin.
Joffroy.
Journiac.
Lalanne.
Larroussinie.
Legrain.
Legras.
Leroy.
Levet.
Louis (Léon).
Lwoff.
Malfilâtre.
Marchand.
Marie.
Martinenq.
Maupaté.
Meilhon.
Monestier.
Nageotte.
Nicoulau.
Pactet.
Pain.
Papillon.
Paris.
Picard.

MM.
Pichenot.
Pilleyre.
Planat.
Pochon.
Raffegeau.
Ramadier.
Rayneau.
Rey.
Rist.
Roubinowitch.
Rousset.
Santenoise.
Séglas.
Sérieux.
Sizaret.
Sollier.
Terrade.
Thibaud.
Thivet.
Toulouse.
Toy.
Trénel.
Truelle.
Védie (Henri).
Vernet (Nancy).
Vernet (Moulins).
Viallon.
Viel.
Vigouroux.

Digitized by Google

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés d'avril et de mai 1905 : MM. les Drs Roques de Fursac, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), et Pélissier, médecin-adjoint de l'asile de Marseille, sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.000 francs);

M. Sabal, sous-préfet de Coutances, est nommé directeur de l'asile de Bron (Rhône), en remplacement de M. le Dr Ligier, décédé;

M. Cuvelier, directeur de l'asile de Saint-Méen, à Rennes, est promu à la 2e classe de son grade (6.000 francs);

M. Simonet, secrétaire de la direction de l'asile de Châlons-sur-Marne, est nommé directeur de l'asile de Bailleul (Nord), en remplacement de M. Dugardin, décédé.

— *Arrêtés de juin* 1905 : MM. les Drs Lagriffe, médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère), et Mercier, médecin-adjoint de l'asile de Pierrefeu (Var), sont promus à la 1re classe de leur grade (3.000 fr.);

MM. les Drs Bonne, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), et Ricoux, médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.000 fr.).

M. le Dr Rousset, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), est promu à la 1re classe de son grade (7.000 fr.).

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

45. *Enfant coupé en morceaux.* — On télégraphie d'Alger au *Journal* (numéro du mercredi 22 mars 1905) :

Un crime horrible a été commis à Tizi-Reniff, petite commune du département d'Alger. Un indigène, nommé Idrici Sliman ben Ali, ancien tirailleur algérien, pris subitement d'un accès de folie alcoolique, se mit à détruire tous les objets se trouvant dans le gourbi où il habitait et, après avoir causé un désordre inouï, en brisant des jarres d'huile, en éventrant des

Digitized by Google

sacs contenant du blé, de la semoule, etc., il prit une hache et se mit à découper en morceaux son enfant, âgé de deux ans, qui était couché dans un coin de la pièce.

Des gendarmes, que des voisins étaient allés quérir, arrivèrent lorsque la scène de carnage avait pris fin. Seul, un petit âne, debout dans la pièce, avait été épargné par le fou furieux. Celui-ci fut ligoté et conduit à l'hospice.

46. *Tentative d'assassinat.* — Le 1er mars dernier, au cours d'une violente discussion qu'elle avait avec son mari, Mme Daumat, habitant rue Emile-Gilbert, saisit une hachette dont elle porta plusieurs coups à son contradicteur. Elle lui fit au crâne et à la main droite de profondes entailles qui nécessitèrent l'admission du blessé à l'hôpital Saint-Antoine.

Mise à la disposition de M. Larcher, juge d'instruction, l'irascible épouse déclara qu'elle avait voulu tuer son mari parce que ce dernier l'empêchait d'aller se promener. Elle ajouta que M. Daumat, père dénaturé, avait communiqué une maladie honteuse à sa fille.

— Le jour que mon enfant m'a fait cet aveu je me suis juré de tuer mon mari, expliqua Mme Daumat.

Comme l'inculpée semblait très exaltée, et qu'elle avait été deux fois déjà internée dans une maison de santé, M. Larcher la fit examiner par un médecin aliéniste, le Dr Legras.

Ce dernier vient de déposer son rapport, concluant à l'irresponsabilité complète de Mme Daumat, dont toutes les accusations ont été reconnues chimériques.

Un non-lieu interviendra incessamment, après quoi la pauvre folle sera mise à la disposition de l'autorité administrative, pour être placée dsns un asile d'aliénés. (*Le Matin*, numéro du mercredi 29 mars 1905.)

47. *Suicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du jeudi 30 mars 1905) :

Vers 7 heures du soir, hier, dans un épouvantable accès d'aliénation mentale, après avoir tout brisé chez lui, un ancien employé d'octroi en retraite, M. Wollefagiel, rue du Maroc, 8, s'est jeté par la fenêtre de son logement situé au sixième étage. Le malheureux a été transporté à l'hôpital Saint-Louis.

48. *Homicide et suicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du jeudi 13 avril 1905) :

Au numéro 6 de la rue Moreau, hier soir, un alcoolique, dans un accès de démence furieuse, a tranché la gorge à sa femme à l'aide d'un rasoir et a tenté ensuite de se suicider. C'est un nommé Gérard Poëlemans, sculpteur sur bois, sujet belge, âgé de soixante ans.

Depuis dix ans environ qu'il occupait, avec sa femme, née Josèphe-Fortunée Traunoy, et leurs deux filles Hortense et

Digitized by Google

Martine, blanchisseuses, comme leur mère, un petit logement situé au troisième étage, il avait accoutumé ses voisins à des scènes de violence. Jamais femme laborieuse et honnête ne connut plus que Mme Fortunée Poëlemans le chagrin d'avoir un mari fainéant et ivrogne, et jamais femme non plus ne fut autant qu'elle battue.

Au mois d'avril de l'année dernière, l'ouvrier sculpteur se trouva dans un tel état de surexcitation et se livra à de telles brutalités sur sa malheureuse femme, que M. Boulineau, commissaire de police, dut intervenir. Gérard Poëlemans fut interné à l'asile de Ville-Evrard. Il y resta trois mois. Après quoi il revint tranquillement rue Moreau. Et bientôt les scènes recommencèrent comme par le passé.

L'ivrogne ne travaillait plus du tout : il passait ses journées à boire l'argent que sa femme et ses filles gagnaient si péniblement.

Hier matin il se leva guilleret. On l'entendit chanter de joyeuses chansons de son pays.

— Tiens! le père Gérard a l'air de bonne humeur aujourd'hui, dirent les voisins. Et ils en restèrent assez surpris.

A midi, cependant, sa gaîté tomba, et il chercha querelle à sa femme. Cela se passa avec quelques injures et quelques taloches. Puis Mme Poëlemans reprit son travail.

A 4 heures, comme elle interrompait son ouvrage pour aller chez elle « goûter », elle trouva son mari qui l'attendait à la porte du lavoir.

— Viens tout de suite à la maison, lui dit-il, j'ai à te parler.

Ils rentrèrent ensemble.

Il était 4 h. 20 à ce moment. Quelques instants après, on entendit des piétinements lourds et pressés dans leur logement, puis la chute d'un corps, puis des râles et des plaintes. On entra. Mme Poëlemans gisait sur le parquet, dans une mare de sang. Elle avait le cou tranché, la tête presque décollée. Gérard Poëlemans, étendu en travers de son lit, hagard, avait également la gorge ouverte. Il tenait encore à la main le rasoir dont il venait de se servir. M. Boutineau, commissaire de police, et son secrétaire, M. Varney, immédiatement prévenus, arrivèrent et procédèrent aux constatations.

Mme Fortunée Poëlemans était morte ; quant au meurtrier il respirait encore, mais il était sans connaissance. Il fut impossible de l'interroger sur les circonstances du drame. Gérard Poëlemans fut transporté à l'hôpital Saint-Antoine. Son état est désespéré.

49. *Tentative d'homicide.* — Un menuisier, M. Georges Thauvin, quarante-huit ans, demeurant avenue Victor-Hugo,

Digitized by Google

à Aubervilliers, était pris, samedi soir, d'un accès de *delirium tremens*. Sa femme se trouvait malade et alitée. Il s'approcha d'elle, brandissant une scie, et se mit en devoir de lui couper la jambe.

La malheureuse, affolée, parvint à s'échapper, et se réfugia chez des voisins qui lui donnèrent l'hospitalité pour la nuit.

Cependant, Thauvin, dont la fureur n'avait fait que s'accroître, était resté seul. Au matin, les locataires entendirent des gémissements. Inquiets, ils enfoncèrent la porte. Un affreux spectacle apparut.

Etendu sur le plancher, la joue arrachée et pendante, les bras et les mains labourés de morsures, le menuisier tenait encore, dans ses doigts crispés, une scie sanglante et, à côté de lui, le corps coupé en deux par l'instrument, gisait son chien.

Le malheureux, en proie à une idée fixe, avait scié le pauvre animal qui, au paroxysme de la douleur, s'était défendu de son mieux contre le maître impitoyable.

Thauvin est en observation à l'hôpital Lariboisière. On craint que sous l'empire de la souffrance le chien ne soit devenu enragé. (*Le Journal*, numéro du lundi 21 avril 1905.)

50. *Tentative d'homicide*. — On lit dans *Le Matin* (numéro du dimanche 30 avril 1905) :

Un conseiller municipal de Marbeuf (Eure), M. Charles Tarne, âgé de cinquante-trois ans, descendait il y a trois jours dans un hôtel de la rue Saint-Martin, en compagnie d'une charmante femme de vingt-trois ans, qu'il présenta comme sa cousine.

Cousin et cousine semblaient s'entendre à merveille : ils sortaient le matin pour ne rentrer que le soir, après la sortie des théâtres.

Aussi quelle ne fut pas la stupéfaction du patron de l'hôtel d'entendre hier matin éclater une violente discussion dans la chambre occupée par M. Tarne.

Aux cris de : « Au secours ! on me tue ! », poussés par une voix de femme, le patron se précipita dans la pièce et il aperçut le conseiller municipal qui, un énorme couteau à la main, menaçait sa cousine.

— Oui, criait-il, rouge de colère, tu n'es qu'une voleuse et je vais te tuer !

On parvint non sans peine à le désarmer et à le conduire chez M. Picot, commissaire de police du quartier, où la jeune femme ne tarda pas à venir le rejoindre comme témoin.

Elle déclara se nommer Clémentine Salle et être mariée.

— Mon parent, continua-t-elle, est marié également. Après avoir réalisé une somme de trois mille francs, il m'a enlevée à mon mari et m'a emmenée à Paris pour acheter soi-disant une

Digitized by Google

petite épicerie où il devait m'établir. Tout à l'heure, pris d'un accès de folie inexplicable, il m'a traitée de voleuse sans motif.

Cette déposition venait à peine d'être faite que le conseiller municipal, pris d'un nouvel accès de folie, se précipita sur le secrétaire suppléant, M. Pouillé, et menaça de l'étrangler.

On eut toutes les peines du monde à empêcher M. Tarne de réaliser son désir.

On l'a conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Quant à sa cousine, désabusée, elle a repris le train pour Marbeuf, où elle va implorer le pardon de son mari.

51. *Menaces de mort.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du vendredi 5 mai 1905) :

Dans le bois de Vincennes, derrière le musée des forêts, hier, un homme, haut de plus de deux mètres, cueillait à pleines brassées des fleurs magnifiques, quand les gardes le surprirent et voulurent l'arrêter. Furieux, le géant tira un long couteau de sa poche et fit mine de vouloir couper la tête au premier qui l'approcherait. Il ne fallut pas moins de huit hommes pour maîtriser le pauvre aliéné et le conduire chez M. Rousselot, commissaire de police de Vincennes.

C'est un nommé Georges P..., 50 ans, rue de Bagneux, à Paris. On l'a ligoté sur une civière pour l'emmener en voiture à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

52. *Incendie.* — On écrit de Bourg-la-Reine au *Petit Journal* (numéro du vendredi 5 mai 1905) :

Profitant de l'absence de sa femme, un cordonnier, Louis P..., demeurant rue des Blagis, à Bourg-la-Reine, mit hier le feu à son mobilier.

Grâce à l'intervention des voisins, l'incendie put être rapidement maîtrisé.

Après enquête, M. Barras, commissaire de police de Sceaux, a envoyé le cordonnier, qui ne jouit pas de toutes ses facultés, à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

53. *Accès de fureur alcoolique.* — On lit dans *La Patrie* (numéro du mercredi 10 mai 1905) :

Un représentant de commerce âgé de quarante ans, E. H..., qui venait d'être pris d'un terrible accès de fureur alcoolique, s'était posté, à deux heures du matin, boulevard Voltaire, à la hauteur du n° 47.

Armé d'un revolver et d'un couteau, les yeux hagards, il arrêtait les passants qui, terrorisés par une pareille apparition, s'enfuyaient loin du dangereux fou.

Cependant trois gardiens de la paix, accourus aux cris d'appel des passants épouvantés, se dirigèrent vers Emile H..., et tentèrent de le désarmer.

Ce ne fut pas besogne facile; le dangereux aliéné se dé-

Digitized by Google

battit avec une vivacité redoutable, brandissant son couteau.

Au cours de la lutte, l'un des gardiens de la paix, l'agent Leroy, reçut deux coups de couteau qui l'atteignirent au menton et à la lèvre supérieure; ses deux collègues allaient être frappés à leur tour, quand deux ouvriers, MM. Eugène Dessert et François Leroy, coururent leur prêter main-forte.

Une lutte terrible s'engagea alors et le forcené put enfin être terrassé et désarmé. MM. Eugène Dessert et François Leroy furent grièvement contusionnés en prêtant main-forte aux agents.

Emile H... fut solidement ligoté et traîné jusqu'au poste de police de la rue Pasteur.

A peine y était-il arrivé qu'Emile H..., à qui on avait enlevé les liens qui le maintenaient et qui paraissait s'être calmé, fut brusquement pris d'un nouvel accès de fureur alcoolique.

Bondissant au milieu de la salle, il se mit à briser tout le matériel du poste, à tordre les barreaux de fer des portes, puis il tenta de se tuer, en se frappant la tête contre les murs.

Les agents se précipitèrent sur lui et durent engager une lutte aussi terrible que les précédentes pour se rendre maîtres du forcené. Cette fois, l'agent Dumény fut cruellement mordu aux bras et aux mains.

Aussitôt prévenu, M. Bottolier-Lasquin, commissaire de police, fit conduire Emile H... à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Durant le trajet, le dangereux aliéné tenta de sauter de la voiture dans laquelle on l'avait enfermé et blessa assez sérieusement un de ses gardiens, M. Reuillé, garçon de bureau du commissariat, qui fit dans ce cas preuve de beaucoup de sang-froid.

Enfin, après cette nouvelle alerte et, fort heureusement, la dernière, Emile H... put être remis entre les mains des gardiens de l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Les cinq personnes blessées par l'alcoolique ont reçu des soins dans une pharmacie du boulevard Voltaire et ont été ensuite reconduites à leur domicile.

54. *Excentricités.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du mardi 16 mai 1905) :

M. Mainet, Gabriel de son prénom, homme austère et réfléchi, n'avait qu'une passion : la conquête de l'air.

A force d'étudier, depuis Cyrano jusqu'aux grands aéronautes modernes, tous les moyens d'aviation employés, M. Gabriel Mainet devint fou. Et cela ne saurait trop nous surprendre. Fou, il eut une idée — car il faut être bien fou pour avoir une idée aujourd'hui.

M. Mainet ayant observé que les oiseaux, à l'aide de leurs ailes, traversaient les airs avec aisance, pensa que la meilleure

Digitized by Google

manière était, pour un homme hardi, de se transformer en oiseau. Il subit peut-être aussi l'influence de son prénom angélique. Et voici ce qu'il fit. S'étant enduit de poix, il se roula dans des plumes de volailles qu'il avait soigneusement recueillies dans cette intention. Il se compléta en s'adaptant, aux épaules, de grandes ailes faites de carton, ornées de longues plumes. Alors, ainsi fait, il se lança de son balcon, situé au premier étage, sur le... pavé de l'avenue Daumesnil.

On l'a relevé fortement contusionné. M. Gabriel Mainet, ange et oiseau, a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

55. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Petit Temps* (numéro du mercredi 17 mai 1905) :

Cet après-midi, à une heure, une dame Alice Carre, née Delebecque, âgée de vingt-quatre ans, demeurant 17, rue de la Chapelle, est entrée, un revolver à la main, dans l'établissement de vins situé 8 *bis*, rue Mathis, dans l'intention de tuer son mari, qui l'a quittée depuis quelques jours, et prend ses repas dans ce restaurant. Elle a tiré plusieurs coups de son arme, mais n'a atteint personne.

Le sous-brigadier Gélain et les gardiens Leveaux, Monfourny et Gaget, accompagnés de MM. Becker, secrétaire du commissariat de police de la Villette, et Rajat, inspecteur au même commissariat, ont eu une certaine peine à la maîtriser.

En la désarmant, le sous-brigadier Gélain a été blessé au bras gauche.

Cette femme, qui a été internée deux fois, et paraît avoir agi sous l'empire d'un accès d'aliénation mentale, a été dirigée sur l'infirmerie spéciale, par M. Ducrocq, commissaire de police.

56. *Suicide.* — Un employé de commerce, M. Léon Crasnèse, âgé de cinquante-deux ans, était depuis quelque temps atteint de folie mystique. Hier matin, vers dix heures, il prit un rasoir et, allant se placer à la fenêtre de sa chambre donnant sur la rue de Paradis, à Aubervilliers, il se mit à interpeller les passants, les adjurant de se convertir, « pendant qu'il en était temps encore ». — « Car, ajouta-t-il soudain, qui de nous, mes frères, peut être sûr de vivre encore demain? »

En disant ces mots, le fou s'ouvrit la gorge avec son rasoir, se tranchant net la carotide. Il mourut au bout de quelques instants. (*Le Matin*, numéro du vendredi 19 mai 1905.)

57. *Parricide.* — On écrit de Lille au *Petit Temps* (numéro du jeudi 25 mai 1905) :

Au hameau de Heystraete, à Steenwerck, arrondissement d'Hazebrouck, le nommé Jean Lucaert, domestique chez M. Plouvier, brasseur, a tué sa mère âgée de soixante-huit ans, à coups de couvercle de poêle. Son forfait accompli, il est allé lui-même en faire part à sa sœur, chaisière à l'église.

Digitized by Google

L'assassin, qui donnait depuis peu des signes d'aliénation mentale, est demeuré hébété, depuis son crime, et les magistrats n'ont pu tirer de lui une seule parole.

58. *Homicide.* — On écrit de Lille au *Temps* (numéro du vendredi 26 mai 1905) :

Mercredi, vers onze heures et demie du matin, au milieu de la circulation intense de la rue de Paris, — la voie la plus commerçante de la ville, — on entendit trois détonations rapides. Sur le trottoir de la maison portant le n° 131 et occupée par les magasins Esnault-Peltrie, gisait une femme perdant du sang à flots, et, debout auprès d'elle, la contemplant avec des yeux hagards, un homme correctement vêtu qui tenait un revolver dans la main droite. Des passants lui arrachèrent l'arme des mains, la police accourut et le meurtrier, sans la moindre résistance, se laissa conduire au commissariat du 3e arrondissement. La victime avait été transportée dans une pharmacie voisine ; elle était morte. Le coupable, interrogé, déclara se nommer René Gilly, âgé de vingt-sept ans, représentant de commerce, demeurant place des Quatre-Chemins. Il raconta que depuis plusieurs années il entretenait des relations avec une demoiselle Noémie Piétin, âgée de vingt-deux ans, demeurant avec ses parents, débitants de tabac à Loos ; que cette jeune personne l'aurait empêché depuis quatre mois de chercher du travail, et qu'il l'aurait tuée pour qu'elle « ne l'embête plus ». Gilly est un alcoolique exalté, déjà condamné pour port d'arme prohibée. Il avait sur lui une somme de 1.700 francs.

Le commissaire de police envoya aussitôt un de ses agents à Loos pour prévenir la famille Piétin du malheur qui la frappait. Quelque temps après, l'agent revenait annoncer qu'il avait été reçu par Mlle Noémie Piétin, en personne, bien vivante. Elle connaissait parfaitement Gilly, qui l'avait demandée en mariage à plusieurs reprises ; mais depuis le mois de mars elle n'avait pas aperçu cet individu.

Le meurtrier, trompé sans doute par une fatale ressemblance, avait donc tué une pauvre femme qui ne le connaissait même pas. Jusqu'à cinq heures, on ignora l'identité de la victime ; mais à ce moment un garçon coiffeur de la rue Faidherbe, M. Georges Vandame, âgé de vingt-sept ans, ayant appris le drame de la rue de Paris, accourut de son domicile, rue du Vieux-Marché-aux-Moutons, où, à sa grande surprise, il n'avait pas trouvé sa femme à l'heure du dîner. Une foule nombreuse stationnait devant son habitation ; il devina aussitôt l'affreuse vérité et tomba dans une effrayante crise de désespoir.

La victime, Louise Patou, était âgée de vingt-six ans. Mariés depuis cinq ans, les époux Vandame étaient très heu-

Digitized by Google

reux ; au moment où l'acte d'un fou vint détruire ce bonheur, la pauvre femme allait aux provisions pour préparer le dîner de son mari.

59. *Ivresse furieuse.* — Mme veuve Picard, âgée de quarante-sept ans, qui est marchande des quatre-saisons, se trouvait, hier soir, rue du Faubourg-du-Temple, dans un état d'ivresse considérablement avancé. Elle allait, brandissant d'une main farouche un litre encore à moitié plein de vin, et elle proférait contre l'ordre social et les gens paisibles qui s'en contentent, d'injurieuses paroles de menace. Un enfant, Gaston Revel, âgé de six ans, vint à passer. La vue pourtant bien innocente de ce petit garçon acheva de porter à son comble la fureur de la veuve avinée. Elle se précipita sur lui, non sans insulter grossièrement à la réputation des ascendants directs de cet enfant ; elle lui porta de son litre un coup violent sur la tête. Le petit Gaston Revel tomba, le crâne fracassé.

La veuve Picard a été désarmée et arrêtée par des passants indignés qui l'ont menée au commissariat de police de la rue des Trois-Bornes. (*Le Matin*, numéro du samedi 3 juin 1905.)

60. *Parricide.* — On écrit de Montluçon au *Journal* (numéro du lundi 5 juin 1905) :

On vient d'arrêter, ce matin, la petite-fille du père Pauveron, assassiné, il y a quelques mois, aux Courets, commune de La Celle, sur laquelle pesaient de graves soupçons.

M. Carrante, commissaire spécial à Commentry, lui a arraché l'aveu du crime. Elle aurait dit que c'était pour se procurer de l'argent et acheter des bonbons. Elle est âgée de trente-quatre ans environ et ne paraît pas jouir de la plénitude de ses facultés.

61. *Mystique homicide.* — On télégraphie de Nantes au *Petit Temps* (numéro du vendredi 16 juin 1905) :

Un cultivateur de Ménaudoux, près Saint-Nazaire, a, hier, dans un accès de folie mystique, frappé sa femme à coups de faucille. Ce fou, nommé Auguste Vieil, prétendait que sa femme n'avait pas été purifiée par le curé. Le forfait accompli, le criminel se constitua prisonnier. Il regrettait son acte au regard de la loi civile, mais pas devant la loi de l'Eglise. Il a été enfermé à l'hôpital dans un cabanon spécial. La victime, qui porte sur tout le corps de nombreux coups de faucille, est dans un état très grave.

TRIBUNAUX

Les exploits d'un magnétiseur guérisseur. — Sur la plainte du syndicat des médecins de la Seine, M. Scoquart était poursuivi hier devant la 10e chambre correctionnelle pour exercice illégal de la médecine.

Digitized by Google

Il prétendait, paraît-il, guérir toutes sortes de maladies par des impositions magnétiques de mains soit sur le patient lui-même, soit sur du linge qui l'aurait touché.

Or, il est résulté des débats qu'une dame B..., traitée par Scoquart, qui lui fit des passes abdominales, est devenue folle. Elle allait partout disant qu'un nouveau Messie naîtrait bientôt et qu'elle en serait le prophète. On dut l'interner.

Après plaidoiries de Me Geoffroy pour le syndicat des médecins de la Seine et de Me Georges Lachau pour le prévenu, le tribunal a condamné ce dernier à 500 francs d'amende et à 1.000 francs de dommages-intérêts envers le syndicat. (*Le Temps*, numéro du samedi 13 mai 1905.)

A la suite d'un internement. — Il y a quelque temps, une concierge obtint l'internement dans une maison d'aliénés de sa belle-fille. Cette mesure fut mal accueillie des voisins, qui protestèrent par voie de pétition à la préfecture de police et au ministère de l'Intérieur. A la suite de cette pétition, le propriétaire se priva des services de ladite concierge. Celle-ci se retourna alors contre les instigateurs présumés de la protestation et les assigna en 10.000 francs de dommages-intérêts.

La 3e chambre du tribunal, présidée par M. Moré, vient de la débouter de sa demande :

« Attendu, dit notamment le jugement, qu'en signalant les faits qui, suivant eux, pouvaient rendre suspecte la séquestration de la demoiselle X..., les nombreux signataires de la protestation ont non seulement usé d'un droit qui leur appartenait, mais rempli l'obligation légale qui incombe à tout citoyen de dénoncer à qui de droit les faits pouvant donner lieu à une répression pénale ou administrative... » (*Le Temps*, numéro du mercredi 24 mai 1905).

Un accident de travail. — On connaît la triste histoire de ce cocher qui fut, rue de Douai, en décembre, dans la soirée, tué à coups de revolver par un client auquel il réclamait le prix de sa course, au tarif plein. Le meurtrier était fou. Il fut enfermé dans un asile d'aliénés.

Hier, la veuve de la victime réclamait devant la 4e chambre du tribunal civil, présidée par M. Pain, au patron, qui est un loueur de Neuilly, une rente annuelle de 400 francs, en vertu de la loi sur les accidents du travail.

Mais était-ce un accident du travail auquel avait succombé le cocher ?

Le tribunal, sur les plaidoiries de Mes Louis Thévenet et Hamelin, en a jugé ainsi, la mort du cocher ayant été, dans l'espèce, le résultat d'une discussion concernant le prix de la course. Il a donc fait droit à la demande de la veuve. (*Le Temps*, numéro du jeudi 22 juin 1905.)

Digitized by Google

FAITS DIVERS

Les aliénés de Port-Arthur. — On lit dans *Le Temps* (numéro du jeudi 25 mai 1905) :

Quarante-quatre soldats et marins de Port-Arthur, atteints d'aliénation mentale, y compris un lieutenant du *Sevastopol*, frappé de folie furieuse, sont arrivés le 23 à Tchéfou et ont été aussitôt transférés à bord du vapeur russe *Whampoa*, converti en asile d'aliénés et hôpital. Ce navire, battant pavillon anglais, les transportera directement à Odessa. Tous ces marins ont perdu la raison pendant le siège et présentent toutes les phases de la démence, depuis la mélancolie inoffensive jusqu'à la folie dangereuse ; la plupart d'entre eux sont sujets à des accès qui obligent à avoir un gardien spécial pour chacun d'eux.

Un médecin qui fut attaché à l'état-major de l'amiral Alexeïef et d'autres officiers de santé sont à bord. Ils déclarent que beaucoup de cas sont le résultat du long séjour d'hommes déjà malades dans les hôpitaux, au milieu des terreurs et des angoisses du siège ; d'autres ont pour origine le scorbut ; d'autres enfin sont attribuables à l'effroyable tension nerveuse résultant des bombardements continuels et du service incessant.

Au physique, tous les malades sont de véritables ruines. Ce fut un spectacle des plus émotionnants que celui de ces infortunés arrivant sur le pont du vapeur et entrant dans les cases placées tout autour du pont.

Situation des aliénés dans les colonies françaises. — Au Congrès colonial qui s'est tenu récemment à Paris, « le Dr Margain a présenté un rapport sur la situation des aliénés dans les colonies françaises. Il a montré que le nombre d'asiles existants est insuffisant, que la création de nouveaux asiles s'impose, et que les seules mesures prises jusqu'à ce jour consistent à ramener les malades européens en France dans des conditions tellement désastreuses, qu'il semble urgent que les pouvoirs publics, les représentants des colonies en particulier, fassent tous leurs efforts pour obtenir de promptes améliorations dans l'assistance des aliénés aux colonies ». (*Le Petit Temps*, numéro du jeudi 8 juin 1905.)

XVe CONGRÈS ANNUEL DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES.

Session de Rennes, 1-7 août 1905.

Programme définitif.

Mardi 1er *août.* — A 9 heures du matin, ouverture du Congrès, séance solennelle dans la salle des fêtes de l'Hôtel de ville de Rennes.

Digitized by Google

A 2 heures, séance dans la grande Salle du P.-C.-N. à la Faculté des sciences, avenue du Mail d'Onges.

PREMIER RAPPORT. *Psychiatrie.* — De l'hypochondrie : Rapporteur, M. le Dr ROY, de Paris.

A 9 heures du soir, réception à l'Hôtel de ville par la municipalité.

Mercredi 2 *août.* — A 9 heures du matin, séance à la Faculté des sciences (salle du P.-C.-N.). Communications diverses.

A 2 heures, DEUXIÈME RAPPORT. *Neurologie.* — Des névrites ascendantes : Rapporteur, M. le Dr SICARD, de Paris.

A 7 heures du soir, banquet par souscription.

Jeudi 3 *août.* — Excursion à Dinan (visite de l'asile et de la ville, retour en bateau sur la Rance, jusqu'à Saint-Malo). Départ le matin en tramway départemental, raccordement au chemin de fer de l'Ouest à Miniac ; arrivée à 9 heures à Dinan. Visite de l'asile, retour à Dinan, où l'on déjeunera en corps ; excursion dans la ville et départ à 5 h. 1/2. Arrivée vers 8 heures à Saint-Malo ; rendez-vous à la gare pour le départ vers Rennes à 9 h. 30. Arrivée à 11 h. 48 soir.

Vendredi 4 *août.* — A 9 heures du matin, communications diverses.

A 2 heures du soir, TROISIÈME RAPPORT. *Assistance.* — Balnéation et hydrothérapie dans les maladies mentales. Rapporteur M. le Dr PAILHAS, d'Albi.

Samedi 5 *août.* — A 9 heures du matin, visite de l'asile départemental d'aliénés dit de Saint-Méen, 72, faubourg de Paris.

A midi, déjeuner offert par le conseil général d'Ille et Vilaine, à l'asile.

A 3 heures, séance à l'asile. Questions diverses.

Dimanche 6 *août.* — A 6 h. 50 du matin, départ de Rennes (croix de la mission) par tramway départemental (horaire spécial). Arrivée à Plélan à 8 h. 20. Départ en voiture pour Paimpont (forêt de Brocéliande). Déjeuner à 11 heures dans la forêt. Excursion en voiture dans les sites célèbres (château de Comper, tombeau de Merlin, fontaine de Jouvence) ; retour de Plélan, souper en corps à l'hôtel du Croissant. Retour (horaire spécial) à 8 heures, 9 h. 1/2 à Rennes.

Lundi 7 *août.* — A 6 h. 10 du matin, gare du tramway (Viarmes), départ pour Autrain par la forêt de Rennes ; arrivée à 8 h. 1/2, départ à 9 h. 7 (chemin de fer de l'Ouest) pour

Digitized by Google

Pontorson. Arrivée à 9 h. 27. Visite de l'asile d'aliénés, départ à 11 h. 30 pour le Mont-Saint-Michel (tramway spécial). Midi 1/2 déjeuner, puis visite de la célèbre abbaye et de ses dépendances. Départ vers 4 heures, arrivée vers 4 h. 1/2 (horaire spécial) à Pontorson. Départ de Pontorson à 5 h. 23, arrivée à Dol à 5 h. 52 ; départ de Dol à 6 h. 34, arrivée à Saint-Malo à 7 h. 7.

Dislocation du Congrès. — Le lendemain à 8 heures du matin, MM. les Congressistes pourront se rendre en bateau à vapeur à Jersey pour visiter cette île, et au besoin celle de Guernesey. Les aller et retour permettant le retour sur Granville.

Prix du bateau, aller et retour. — En 1re classe, Saint-Malo à Jersey, 17 fr. 20 ; en 1re classe, Saint-Malo à Guernesey, 24 fr. 70 ; en 2e classe Saint-Malo à Jersey, 11 fr. 55 ; en 2e classe, Saint-Malo à Guernesey, 17 fr. 20.

Au retour on peut visiter Dinard, Saint-Lunaire, Paramé, Cancale, etc. On trouvera au secrétariat général des renseignements de toute nature sur le pays, les hôtels, les horaires, les excursions recommandées, etc.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Sizaret médecin en chef à l'asile d'aliénés de Rennes.

Le rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Marthieux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Digitized by Google

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — XVe session, Rennes, août 1905.

Depuis l'ouverture de nos Congrès, le Dr Giraud a constamment rédigé en cette place la chronique de ces assemblées ; il ne fallait rien moins qu'une circonstance exceptionnelle pour lui faire abandonner momentanément sa tâche annuelle qu'il avait jusqu'ici remplie avec tant de compétence. Le Dr Giraud, en effet, avait l'honneur d'être cette année le président du XVe Congrès des aliénistes et neurologistes qui se tenait à Rennes.

Disons tout de suite que cette quinzième manifestation de la vitalité de nos Congrès fut un succès; il n'en pouvait être autrement. N'est-ce pas le Dr Giraud qui a mis en marche, à Rouen, le premier de nos Congrès dont il fut le secrétaire général? C'est grâce à lui, il ne faut pas l'oublier, c'est grâce à ses talents incontestés d'organisateur que ce premier essai a été un succès. Il a été des mieux secondé cette année par son sympathique secrétaire général, le Dr Sizaret, qui n'a ménagé

Digitized by Google

ni son temps ni son activité pour donner à ce Congrès tout l'éclat possible.

De nombreuses dames avaient accompagné leurs maris, et leur présence aux côtés de Mme Giraud, l'aimable femme de notre président, n'a pas peu contribué à la réussite de ce Congrès qui fut particulièrement intime et quasi familial.

Des magistrats et des médecins de la ville de Rennes assistaient à la séance d'ouverture. Le directeur de l'École de médecine, M. Perrin de la Touche, était présent à cette solennité. Les directeurs-médecins et médecins en chef des asiles de province étaient en nombre. Les neurologistes, brillamment représentés par M. le professeur Brissaud, étaient, on l'a regretté, moins nombreux que d'habitude à ce Congrès.

La session a été ouverte dans la salle des fêtes de l'hôtel de ville. M. Pinault, sénateur, maire de Rennes, a souhaité la bienvenue aux congressistes : « Que vos travaux soient féconds, a-t-il dit, et si de votre séjour parmi nous peuvent surgir une découverte et un bienfait pour nos semblables, ce sera pour notre municipalité un grand bonheur et en même temps un grand honneur. »

Le Dr Giraud a remercié M. le maire de Rennes des souhaits de bienvenue qu'il adressait aux congressistes au nom de la ville de Rennes, et dans un remarquable discours a traité de la responsabilité pénale.

Il a montré combien prenait de gravité la déclaration de l'expert, quand elle devait entraîner pour celui qui avait été soumis à son examen une lourde condamnation, parfois la peine de mort. Il a appuyé ses dires sur des faits puisés dans sa longue pratique médico-légale.

L'un de ces faits nous relate l'histoire d'un individu accusé de meurtre sur sa femme et qui, pressé de questions, finit par faire des aveux ; placé en observation

Digitized by Google

dans le service du Dr Giraud, celui-ci le reconnut responsable, ce qui entraîna la condamnation de l'accusé à vingt ans de travaux forcés. Et le Dr Giraud nous montre par quelles perplexités passa sa conscience de médecin scrupuleux et esclave de la vérité avant de se prononcer sur la responsabilité de l'accusé.

Après s'être excusé d'avoir mis trop longuement en cause et sa personne et les faits de sa pratique médico-légale, le Dr Giraud nous a parlé de cette catégorie d'individus qu'on ne sait comment classer.

Sont-ils des aliénés? Sont-ils des criminels?

C'est surtout chez les individus atteints de folie morale que l'embarras peut être grand, et c'est surtout pour cette catégorie d'aliénés que les experts ont été souvent amenés à dire que la responsabilité était partielle, incomplète, atténuée ou diminuée.

L'orateur ne pouvait manquer de nous parler de Lombroso et de nous entretenir, pour les combattre, des théories du célèbre anthropologiste italien sur les criminels nés et les criminels d'occasion :

« Lombroso part de cette idée préconçue qu'on peut « reconnaître à certains caractères anatomiques et bio- « logiques ceux qui fatalement commettront un crime, « théorie éminemment contestée et contestable.

« Sommes-nous d'ailleurs assurés en médecine légale d'avoir aujourd'hui une doctrine certaine et immuable? se demande le Dr Giraud.

« Les médecins n'ont-ils pas été les complices inconscients de cette épouvantable erreur judiciaire que furent les procès de sorcellerie au XVIe siècle et au XVIIe siècle? Ils croyaient être dans la vérité, nos confrères d'autrefois, en recherchant avec soin ces points d'anesthésie cutanée qui n'étaient pour eux que les marques du diable; malheur à l'hystérique accusée d'avoir été au sabbat, si on trouvait chez elle ces points d'anesthésie.

Digitized by Google

« Un semblable forfait était passible de la peine de mort. »

Le président termina son discours bien pensé et bien senti par ces mots topiques :

« Le juge défend la société en poursuivant le délin-
« quant et nous avons pour rôle de mettre le malade
« à l'abri d'une condamnation imméritée. Ce malade
« nous est ensuite confié pour recevoir des soins, et
« nous restons dans notre rôle de soulager l'humanité
« souffrante. Mais avant tout, nous devons rester mé-
« decins et ne chercher que dans notre diagnostic mé-
« dical la solution du problème qui nous est posé.

Un discours de M. Drouineau, inspecteur général délégué par M. le ministre de l'Intérieur, a clos cette séance d'ouverture. M. l'inspecteur général a exposé quelle était sa satisfaction d'avoir été délégué par le ministre pour assister au Congrès de Rennes. Il nous a dit qu'il était à Rennes à la veille de l'année terrible, simple aide-major dans un régiment de chasseurs et combien la vieille cité bretonne lui avait laissé de charmants souvenirs.

Il est tout particulièrement heureux de se retrouver au milieu de confrères et d'amis. « C'est enfin une véritable joie pour moi, nous a-t-il dit, de me ranger avec vous sous la bannière présidentielle du Dr Giraud, le médecin directeur véritablement exemplaire et sympathique entre tous, et dont vous avez tenu à signaler les mérites scientifiques tout autant que les qualités personnelles, en le désignant l'an passé à Pau pour diriger vos travaux. »

Il a ajouté que le contact des congressistes et de l'inspecteur général n'était pas sans avoir produit des résultats fructueux. Ce sont les vœux du Congrès qui ont provoqué la mesure récente prise par le ministère, de soulager le service, parfois écrasant, des médecins en

Digitized by Google

chef des asiles, en leur permettant de partager leur tâche avec les médecins-adjoints, qui seront ainsi pour eux de précieux collaborateurs.

Il a terminé en félicitant M. Vallon de la distinction dont il avait été l'objet de la part du gouvernement, qui l'avait nommé chevalier de la Légion d'honneur ; cette distinction, a-t-il ajouté, ne doit pas être considérée comme une compensation de l'agression dont le Dr Vallon a été victime, mais bien comme la récompense méritée de travaux scientifiques justement appréciés.

M. le préfet d'Ille-et-Vilaine assistait à cette séance d'ouverture, mais n'a pas pris la parole.

A la suite de la séance solennelle, deux magistrats, délégués par le premier président, absent de Rennes, ont fait aux congressistes les honneurs du Palais de justice.

A 2 heures de l'après-midi, les travaux du Congrès ont commencé. La Faculté des sciences avait mis à notre disposition, sur la demande de M. le Dr Perrin de la Touche, l'aimable directeur de l'École de médecine, l'amphithéâtre du P. C. N. ; nous étions admirablement installés dans une salle des plus confortables.

M. Brissaud, président du Congrès de Pau, a, suivant l'usage, installé le nouveau président ; M. Sizaret a présenté, au nom de M. Girma, les comptes du Congrès de Pau, qui se soldent par un excédent de recettes.

Le bureau a été enfin complété par la nomination par acclamation de présidents d'honneur, de vice-présidents et de secrétaires.

La parole a été donnée à M. Roy pour l'exposé de son rapport sur l'hypocondrie.

L'auteur nous avertit d'abord qu'il a négligé à dessein l'étude historique de l'hypocondrie, et que sa description clinique n'occupera dans son rapport qu'une place très restreinte.

Digitized by Google

« L'ambition déjà très grande de ce rapport, nous dit « M. Roy, s'est bornée à vouloir essayer de fixer l'his- « toire de l'hypocondrie pendant ces vingt-cinq der- « nières années, de 1880 à 1905. »

L'intérêt principal de son étude paraît à M. Roy, résider surtout dans l'étude pathogénique des rapports existant entre les symptômes hypocondriaques et les troubles de la cœnesthésie; cette étude pathogénique permettra à l'auteur de trouver « les éléments de quelque conclusions pratiques concernant le traitement rationnel à opposer aux troubles hypocondriaques ».

M. Roy examine ensuite la question des rapports de l'hypocondrie et de la neurasthénie ; il reconnaît qu'on ne peut considérer l'hypocondrie comme une affection autonome et distincte de la neurasthénie ; bien que cette théorie ancienne soit encore défendue par plusieurs, elle est à l'heure actuelle fortement battue en brèche par le plus grand nombre des auteurs, qui admettent que « la plupart des symptômes hypocondriaques entrent dans le domaine de la neurasthénie ».

L'auteur met ensuite en opposition les deux théories pathogéniques adverses des troubles hypocondriaques : la doctrine psychique de Dubois (de Berne), et la doctrine viscérale de Head.

Le premier considère l'hypocondrie comme une affection essentiellement psychique, ne relevant d'aucune lésion encéphalique.

Le second, dont les idées ont été amplifiées démesurément par Gamble, admet que les troubles hypocondriaques chez des sujets normaux ou presque normaux reconnaîtraient pour cause principale *la douleur réfléchie des affections viscérales.*

« Plus simplement, on peut dire que Dubois (de Berne) accorde au cerveau toute l'importance que Head veut réserver au grand sympathique. »

Digitized by Google

L'auteur aborde ensuite la question des rapports de l'hypocondrie avec les troubles de la cœnesthésie, et il définit la cœnesthésie « la conscience du sympathique », ou plutôt la subconscience du système sympathique.

Dans l'hypocondrie, les troubles cœnesthésiques ont la plus grande influence.

L'idée hypocondriaque, suivant la définition classique, est une préoccupation nettement exagérée ou sans fondement, relative à la santé physique. Si l'idée hypocondriaque est dépourvue de tout fondement, on peut parler d'hypocondrie essentielle; mais si elle est seulement exagérée, « ce n'est alors que la réaction excessive, mais normale et secondaire, d'un cerveau plus ou moins prédisposé en présence d'un trouble cœnesthésique réel et primitif. Alors, conclut Roy, l'hypocondrie essentielle n'existe pas, alors l'hypocondrie est symptomatique et *cum materia* ».

Dans le chapitre II, l'auteur étudie les troubles viscéraux dans l'hypocondrie; il montre que plusieurs catégories de faits lui paraissent venir à l'appui de l'existence de troubles périphériques organiques au cours de ce syndrome.

Des faits cliniques nombreux montrent que les troubles locaux des neurasthéuiques et des hypocondriaques correspondent à des lésions locales ; que les conceptions hypocondriaques ne sont que l'interprétation délirante de sensations anormales réelles.

Les documents assez rares fournis par l'anatomie pathologique et, en particulier, par les recherches de Laignel-Lavastine, sur le grand sympathique abdominal de paralytiques généraux qui avaient présenté pendant leur vie des idées hypocondriaques, viendraient encore à l'appui de l'origine périphérique des troubles hypocondriaques.

Digitized by Google

Quant à l'expérimentation, elle n'a donné que des résultats tout à fait incertains jusqu'ici.

Dans le chapitre III, l'auteur étudie l'influence de l'élément psychique et central sur les idées hypocondriaques; tout en reconnaissant la valeur de cet élément, il critique un travail récent de M. Marchand, partisan de l'hypocondrie essentielle.

« Il y a des formes d'hypocondrie où prédominent manifestement, dit M. Roy, les troubles de la cœnesthésie; il y en a, au contraire, où le tempérament hypocondriaque domine toute la scène morbide. Mais, dans l'un et l'autre cas, le facteur psychique, constitutionnel, ou le facteur viscéral, accidentel, ne sont pas seuls en cause, ils ne s'excluent pas; ils coexistent, mais ils s'opposent en ce sens que leur importance relative s'exerce en raison inverse l'une de l'autre. »

Dans ce chapitre, on trouve l'intéressante auto-observation d'un médecin syphilitique, qui se croyait atteint de paralysie générale parce qu'il présentait un des signes physiques de cette affection: l'inégalité pupillaire.

Le chapitre qui concerne le traitement de l'hypocondrie comprend le traitement moral, le traitement physique et le traitement chirurgical.

Enfin, le rapport très documenté se termine par une étude nosologique de l'hypocondrie.

Les deux facteurs, cœnesthésique et psychique, nécessaires et suffisants au développement de l'idée hypocondriaque, peuvent se rencontrer dans les affections les plus variées, et l'auteur passe en revue les troubles hypocondriaques dans les démences et surtout dans les démences paralytiques, dans la débilité mentale, l'épilepsie, les toxi-infections, les psychopathies constitutionnelles, la neurasthénie.

Les conclusions judicieusement condensées de ce travail plein de mérite, sont à citer tout entières.

Digitized by Google

« I. — L'idée hypocondriaque, simple ou délirante, est une préoccupation morbide concernant la santé physique, qui ne peut se développer que grâce à la coexistence de deux facteurs pathogéniques :

a) Une constitution psychique spéciale ;

b) Des troubles de la cœnesthésie.

Ces deux facteurs pathogéniques, l'un d'ordinaire périphérique, viscéral et sympathique, acquis, assez souvent curable par un traitement local approprié ; — l'autre central, psychique, le plus souvent héréditaire et difficilement réductible par le traitement moral le plus énergique, — peuvent toujours être retrouvés à l'origine de tout état hypocondriaque. Mais l'importance de chacun d'eux varie suivant le cas, et généralement en raison inverse l'un de l'autre. La prédominance de l'un des éléments, psychique ou cœnesthésique, peut expliquer le succès ou l'insuccès d'une thérapeutique surtout morale ou surtout physique, mais n'exclut jamais l'indispensable collaboration de l'autre facteur pathogénique.

II. — L'hypocondrie n'existe pas, en tant qu'affection distincte et autonome, justifiant sa spécificité par quelque caractère étiologique ou évolutif.

Il n'y a que des états hypocondriaques symptomatiques qui peuvent s'observer au cours de toutes les affections où se rencontrent une constitution psychique spéciale, capable d'interpréter des troubles de la cœnesthésie. Les différents aspects cliniques de l'état hypocondriaque s'expliquent par la prédominance de l'élément psychique ou de l'élément cœnesthésique dans les diverses affections dont cet état est symptomatique : démences (surtout paralysie générale), débilité mentale, toxi-infections, psychopathies constitutionnelles, neurasthénie. »

La discussion a été ouverte après l'exposé du rapport.

Digitized by Google

M. Régis a pris le premier la parole. Il conçoit très bien que M. Roy ait choisi comme représentant des théories actuelles M. Head ; mais il faut bien le dire, le praticien anglais n'a rien innové et on pourrait identifier ses travaux et ceux du professeur Bouchard qui, avant Head, a signalé les hallucinations de la vue dans la dilatation de l'estomac. Head a ajouté, il est vrai, sa note personnelle, en signalant les hallucinations du goût et de l'odorat. M. Régis est absolument d'accord avec M. Roy en ce qui concerne la pathogénie de l'hypocondrie. L'hypocondrie, en effet, et le professeur de Bordeaux l'a exprimé à plusieurs reprises, repose sur un substratum cœnesthésique. M. Régis s'est étonné que le rapporteur n'ait parlé que de l'hypocondrie viscérale; pourquoi ne nous a-t-il pas entretenus de l'hypocondrie psychique ? c'est-à-dire de cette hypocondrie qui fait que les préoccupations maladives portent non plus sur les fonctions viscérales, mais sur les fonctions intellectuelles. Molière avait très heureusement décrit les deux types d'hypocondriaques, le type des hypocondriaques physiques représenté par le *Malade imaginaire*, et le type des hypocondriaques de l'esprit si vigoureusement mis en scène dans le *Misanthrope*.

Pour M. Cullerre, l'élément cœnesthésique ne joue dans le domaine des psychoses qu'un rôle des plus minimes dans l'éclosion du délire, excepté dans les manifestations hypocondriaques épisodiques des déments. L'organe primitivement lésé dans les psychoses hypocondriaques pures est le cerveau, et c'est à lui, non au système nerveux périphérique ou sympathique, qu'il convient d'attribuer l'origine du délire.

M. le professeur Brissaud n'a jamais constaté les prétendues zones de Head ; il ne faudrait pas les considérer comme des réalités.

Digitized by Google

L'hypocondrie n'est peut-être qu'une représentation corticale de troubles ou de lésions à l'état latent. L'orateur cite l'observation d'un malade de son service qui se plaignait de vives douleurs stomacales que rien ne venait expliquer malgré l'examen le plus minutieux ; cet homme fut envoyé dans le service du professeur Hayem, la conclusion fut qu'on avait affaire à un mental : le radium l'avait amélioré. Tout dernièrement il est revenu dans le service de M. Brissaud avec des hématémèses effroyables, il fut opéré, et on constata un petit ulcère de l'estomac.

La neurasthénie, c'est l'absence d'énergie, de sthénie nerveuse sous l'influence d'une foule de causes. En quoi consiste cette absence de sthénie, c'est un manque de sécurité générale ; cette sécurité est une fonction vitale, sa perte engendre la neurasthénie.

M. Picqué s'excuse de prendre la parole dans une assemblée de médecins aliénistes, mais le distingué rapporteur a consacré un chapitre de son travail au traitement chirurgical de l'hypocondrie et il y a discuté plusieurs de ses observations.

En présence d'une hypocondrie symptomatique, quelle doit être la conduite du chirurgien ? Il faut, selon M. Picqué, envisager successivement la forme du délire, l'état mental du malade et la nature de la lésion. S'il s'agit d'un délire systématisé, il n'y a rien à faire au point de vue chirurgical. Dans d'autres cas il y a une lésion somatique réelle et des préoccupations hypocondriaques qui poussent parfois les malades au suicide. M. Picqué a publié trois observations de malades atteints de lésions diverses qu'il a opérées, et les malades ont guéri de leur hypocondrie. M. Roy ne veut pas retenir ces trois cas, parce que ces trois malades avaient des préoccupations légitimes, et cependant ces malades étaient bien des aliénés, qui ont été reconnus tels par

Digitized by Google

des médecins aliénistes et qui ont été internés à la suite de tentatives de suicide.

Le rôle du chirurgien doit être de renseigner le médecin aliéniste sur l'importance des lésions qui déterminent les idées hypocondriaques ; c'est ainsi qu'il est arrivé plus d'une fois à M. Picqué de refuser l'intervention chez certains malades après avoir fait un diagnostic précis. L'union doit être intime entre l'aliéniste et le chirurgien ; c'est à l'aliéniste qu'il appartient de déterminer la variété du délire hypocondriaque, au chirurgien est dévolu le rôle de diagnostiquer la nature de la lésion.

M. Denys regrette que M. Roy ait substitué à l'hypocondrie l'idée hypocondriaque ; l'homme qui regarde sans cesse ses urines, sa langue, n'est pas un hypocondriaque, c'est un phobique. L'hypocondriaque n'a pas de craintes sur l'avenir, il se sent malade, faussement il est vrai. M. Roy nous a dit que la cœnesthésie était la conscience ou la subconscience du sympathique ; M. Denys ne partage pas les idées du rapporteur sur ce point, le grand sympathique n'a qu'une sensibilité empruntée ; il n'est pas exact de dire que la cœnesthésie est la conscience du sympathique, c'est la conscience de tout le système nerveux, c'est la conscience de tout le corps. L'orateur conclut que les lésions viscérales n'interviennent qu'à titre exceptionnel dans le développement des psychoses hypochondriaques.

M. Roy a répondu aux critiques formulées sur son rapport et il l'a fait avec infiniment d'esprit, et la discussion a été close.

Le soir, à 9 heures, réception des plus cordiales dans les salons de l'Hôtel de ville où M. Oberthür, adjoint au maire de Rennes, souhaita à nouveau la bienvenue aux congressistes et les entretint de l'Ecole de médecine dont la municipalité est fière à juste titre ; l'ambition de la ville de Rennes, nous a-t-il dit, est de devenir

Digitized by Google

une Faculté de médecine. Souhaitons que le vœu de M. Oberthür devienne bientôt une réalité.

La journée du 2 août fut, dans la séance du matin, occupée par des communications diverses.

M. Taty a lu au nom de son maître, M. le professeur Pierret, un mémoire sur la psychologie morbide de la rage qui peut faire considérer cette maladie comme une véritable folie infectieuse.

MM. Taty et Chaumier ont présenté onze observations d'hypocondriaques qui ont pu être suivis jusqu'à la fin de l'évolution de leur affection mentale.

M. Sabrazès (de Bordeaux) a fait une communication sur les mouvements involontaires stéréotypés des doigts rappelant les tics chez les tabétiques, mouvements de pinces, mouvements de palpation d'une étoffe et se produisant surtout à l'occasion de la parole. Cette communication a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Meige, Dide et Régis. M. Meige a objecté que les tics sont rarissimes dans les doigts, et se demande si les mouvements observés par M. Sabrazès sont véritablement des tics; ce seraient plutôt peut-être des mouvements rappelant ceux de la chorée ou de l'athétose.

M. Dide a observé assez souvent des mouvements des doigts qui lui paraissent être de véritables tics chez les déments précoces.

Pour M. Meige ces mouvements sont des mouvements stéréotypés mais non des tics.

M. Cruchet, au nom de M. Pitres et au sien, a présenté des observations de tic hystérique; puis M. Cruchet a fait une communication sur l'hémispasme facial périphérique post-paralytique.

M. Granjux a présenté un intéressant travail touchant la prévention des maladies mentales dans l'armée. L'engagement étant la grande porte d'entrée des

Digitized by Google

déséquilibrés dans l'armée, M. Granjux voudrait qu'on exigeât de tout individu qui veut s'engager un certificat médical constatant qu'il est sain de corps et d'esprit. Cette communication a donné lieu à une longue discussion à laquelle prirent part M. l'inspecteur général, M. le professeur Brissaud, MM. Régis, Christian, Rayneau.

Les conclusions du travail de M. Granjux sont adoptées avec cette modification que le certificat médical exigé de l'engagé militaire, devra porter qu'il est sain de corps et qu'il ne présente pas de troubles cérébraux caractérisés.

Puis d'autres communications ont succédé : de M. Eug. Bernard Leroy: Remarques sur les délires du parasitiférisme appuyées sur cinq observations inédites. Préoccupations hypocondriaques avec hallucinations obsédantes de l'ouïe et de l'odorat. Les convictions délirantes hypocondriaques dans la folie de la persécution.

De M. Jocqs : Valeur séméiologique des troubles pupillaires dans les affections cérébro-spinales.

L'après-midi, séance à 2 heures. M. le Dr Sicard, médecin des hôpitaux de Paris, a fait l'exposé oral de son rapport sur la névrite ascendante.

Le rapport présenté par M. le Dr Sicard, sur le « syndrome de la névrite ascendante », débute par une étude historique de la question.

Deux grandes périodes sont à considérer dans cette histoire ; dans la première, de 1820 à 1880, que M. Sicard dénomme « période d'adoption excessive, la conception de la névrite ascendante règne en maîtresse » : c'est la période des Dumesnil, des Leyden, des Weir Mitchell, des Axenfeld.

Dans la deuxième période, de 1880 jusqu'à nos jours, on réagit contre l'engouement d'autrefois : c'est la « période de contrôle et de discussion critique » ; on con-

Digitized by Google

sidère la névrite ascendante comme presque exclusivement consécutive au traumatisme, aux plaies des membres, aux infections localisées.

L'auteur du rapport définit ensuite la névrite « un syndrome de région, à marche extenso-progressive, lente et ascensionnelle, de la périphérie vers les centres nerveux, avec possibilité cependant de régression et de guérison, syndrome dont sont responsables au point de départ le ou les nerfs tributaires du segment traumatisé et dont le caractère le plus constant est de s'accompagner de douleurs d'une acuité extrême à crises paroxystiques ».

Il importe toutefois d'écarter de la névrite ascendante les *processus spécifiques* des toxi-infections que sont le tétanos et la rage.

La névrite ascendante reconnaît pour cause les traumatismes ouverts et surtout infectés : plaies par piqûres, par coupures, plaies par broiements, morsures d'animaux, piqûres venimeuses ; elle succède parfois aux amputations avec moignons infectés.

Les plaies par section incomplète plus que les blessures à section nette, les lésions des branches nerveuses de moyen calibre plus que celles des gros troncs nerveux, sont aptes à déterminer la névrite ascendante.

Enfin la névrite ascendante siège presque exclusivement aux membres supérieurs, elle a en outre une prédilection marquée pour les branches du nerf cubital.

Dans l'étude symptomatique qui suit le chapitre étiologique, M. Sicard reconnaît à cette affection trois étapes.

Une *première étape* principale et obligatoire, l'étape de réaction périphérique à ascension limitée.

La période du début de cette étape est marquée par une douleur souvent très vive, nullement en rapport avec l'intensité du trauma, douleur qui s'accompagne

Digitized by Google

parfois d'un œdème à développement rapide (Brissaud).

Puis survient une seconde période de *localisation névritique*: la douleur du début paraît céder pour quelques heures, pour quelques jours, mais elle ne tarde pas à reparaître avec son intensité première, avec tendance nettement irradiante ; elle peut se manifester sous forme de crises, mais sans revêtir de caractère nettement ascensionnel.

Tout peut s'arrêter à cette période qui dure environ deux à trois semaines. La douleur disparaît, la guérison survient, ou bien la troisième période, celle d'ascension limitée, va lui succéder.

Dans la troisième période de cette première étape, *période d'ascension névritique limitée*, la douleur ne laisse généralement aucune trêve au malade ; parfois supportable, « elle se réveille à d'autres instants sous forme de crises paroxystiques d'une intensité extrême ».

La *deuxième étape*, étape centrale de réaction à distance et de diffusion ganglionnaire rachidienne, paraît caractérisée par le rayonnement et la diffusion des douleurs et par l'adjonction de symptômes moteurs, de spasmes, de tremblements.

La *troisième étape*, l'étape radiculo-médullaire, n'est encore qu'à l'état d'hypothèse. « Jusqu'ici, en effet, dit l'auteur du rapport, aucune observation anatomo-clinique ne nous permet d'affirmer que le processus névritique proprement dit, peut progresser d'une façon continue jusqu'aux centres nerveux, envahissant successivement le ganglion, la racine et la moelle. »

Le chapitre V traite des formes, de l'évolution et du pronostic de la névrite ascendante. Les formes sont envisagées dans leur rapport avec la localisation initiale du processus névritique.

I. — Les processus initiaux rapprochés des centres

Digitized by Google

nerveux ou névrites ascendantes proximo-centrales, dont le type est réalisé par la névrite du trijumeau.

II. — Les processus initiaux distants des centres nerveux ou névrites ascendantes disto-centrales, dont le type est la névrite du membre supérieur et des mains ; celle-ci est tout à fait exceptionnelle au niveau du membre inférieur (plaies du pied).

L'évolution de cette affection n'est pas fatalement progressive et tout peut s'arrêter à la première étape. « La régression se produit, d'après une statistique de l'auteur, de quatre à dix mois environ après le début du mal, et la guérison peut être complète sans rechutes ultérieures. »

Les douleurs paroxystiques, les spasmes avec crises hyperesthésiques terrifiantes, sont le triste apanage de la deuxième étape. Le malade arrive à un calme relatif, grâce à des doses croissantes de morphine, mais souvent il devient morphinomane ; ou bien alors il s'adresse à la chirurgie et il s'ensuit une série lamentable d'opérations successives qui ne soulagent pas le patient, qui termine parfois ses jours par le suicide.

On voit donc combien le pronostic peut être grave, il faut qu'il soit réservé ; c'est ce que ne doivent pas oublier les experts dans leurs rapports médico-légaux sur les accidents du travail. Il leur importe aussi beaucoup de ne faire le diagnostic de névrite ascendante qu'à bon escient, d'autant plus qu'il est parfois difficile à établir avec certaines formes de traumato-névroses ascendantes.

Au point de vue anatomo-pathologique, la réaction interstitielle des branches ou des troncs nerveux avec leur augmentation de volume et l'étouffement secondaire des cylindres axes et de la myéline, font de cette névrite un type histologique primitivement interstitiel et secondairement dégénératif.

Digitized by Google

Quant à la pathogénie, elle est encore entourée d'obscurité, du moins pour ce qui regarde la seconde étape, celle que M. Sicard a nommée l'étape de la réaction du ganglion rachidien.

En ce qui concerne la première étape, il n'est pas douteux que la toxi-infection est bien à l'origine de toute névrite ascendante, mais le microbe ne remonte ni bien haut ni bien loin à l'intérieur du nerf; il ne s'agit pas d'infection microbienne ascendante continue.

Le traitement, déclare l'auteur, doit être plus d'ordre médical que chirurgical. Il recommande d'user modérément (tout en évitant l'infection du foyer primitif) d'antiseptiques et surtout d'antiseptiques forts au contact des troncs nerveux. On doit mettre le membre au repos, rejeter la compression forcée préconisée par Delorme. Le traitement électrique a fait ses preuves, c'est au courant galvanique qu'on devra s'adresser. Les injections profondes de cocaïne ou de stovaïne, pratiquées localement, ont donné de remarquables résultats.

Contre l'élément douleur, dans le traitement général, on aura à sa disposition toute la série des hypnotiques connus.

Des observations nombreuses, dont plusieurs personnelles, complètent utilement le remarquable rapport de M. Sicard.

Enfin le travail de M. Sicard se termine par une deuxième partie, qui comprend des expériences faites en collaboration avec M. Bauer et qui viennent étayer les données de la clinique.

En particulier ces expériences ont permis à M. Sicard de confirmer la distinction déjà faite par lui en clinique entre la névrite ascendante et ces processus de conductibilités nerveuses spécifiques que produisent les toxines tétanique, rabique et peut-être diphtérique.

L'exposé de ce rapport d'une lumineuse clarté a été

Digitized by Google

très applaudi, et la parole a été donnée à M. Léri.

M. Léri se demande si le syndrome décrit par M. Sicard n'est pas trop simple, s'il n'y a pas de névrites ascendantes qui ne se caractérisent pas par ce syndrome et qui passent ainsi inaperçues. M. Léri a été amené à cette conclusion par l'examen de douze moelles d'amputés. Celles-ci étaient le siège de lésions d'atrophie ou de sclérose des cordons postérieurs qui siégeaient à la fois du côté de l'amputation et du côté opposé ; il a constaté en outre que la méninge était épaissie à un degré notable. M. Léri croit donc qu'à la suite des amputations, on peut observer une méningite légère, et que cette méningite tient probablement sous sa dépendance, en partie, les lésions des cordons postérieurs..

Cette méningite paraît à M. Léri due à une névrite ascendante partie du point de l'amputation. Dans les observations cliniques des malades auxquels appartenaient les moelles, on n'avait pas noté le syndrome douloureux particulier de la névrite ascendante ; ce syndrome ne serait donc pas obligatoire.

M. Brissaud est convaincu que MM. Sicard et Léri établiront l'entente entre la clinique et l'anatomie pathologique, en sorte qu'en quittant cette séance on sache ce qu'on doit appeler la névrite ascendante. M. Brissaud voudrait aussi que M. Sicard eût insisté sur l'importance de la névrite ascendante, cause fréquente de suicide ou de morphinisme, au point de vue de la loi sur les accidents du travail.

M. Sicard a répondu aux observations qui lui avaient été faites et la discussion a été close.

Diverses communications ont été alors présentées : par M. Lannois (de Lyon), sur un cas d'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne d'origine syphilitique ; chez ce malade le traitement mercuriel a confirmé la relation que la clinique tendait à établir entre la syphi-

Digitized by Google

lis et l'amyotrophie. M. Meige nous a ensuite parlé des tics sphinctériens.

Le soir avait lieu dans la salle des fêtes de l'Hôtel de Ville, obligeamment mise à la disposition du Congrès par la municipalité, le banquet par souscription; M. le sénateur maire de Rennes et M. le préfet d'Ille-et-Vilaine y assistaient. On prononça des toasts charmants, M. Giraud tout le premier, puis le maire répondit; enfin d'autres toasts de MM. Sizaret, Crocq, Brissaud, Vallon, furent non moins bien accueillis.

Le jeudi 3 août, les travaux du Congrès étaient suspendus pour permettre aux congressistes de se rendre à Dinan. Partie par une pluie diluvienne qui nous accompagna jusqu'à Dinan, notre longue théorie, armée de parapluies, déambula à travers la vieille cité bretonne et contempla ses antiques monuments. Après le déjeuner, le temps, devenu plus clément, nous permit de visiter sous la conduite du Dr Olivier, médecin en chef, l'asile de Lehon, dont nous admirâmes l'entrée vraiment superbe dans son splendide cadre de verdure; l'intérieur de l'établissement ne répond pas tout à fait aux splendeurs de son entrée.

Pendant que nous parcourions les quartiers de malades, les dames, sous la conduite d'un frère, visitaient la chapelle, qui est vraiment remarquable.

Mais le clou de la journée était l'excursion sur la Rance, de Dinan à Saint-Malo. Le temps était devenu superbe quand les congressistes s'embarquèrent à 5 heures et demie du soir sur le vapeur frété à leur intention; nous pûmes admirer alors ces bords tant vantés de la Rance. Au cours du voyage, le président avait eu l'aimable attention d'offrir un lunch sur le bateau aux congressistes, lunch des plus copieux et des mieux servis, dont la digestion ne fut compromise ni par le tangage ni par le roulis très modérés qui se firent sentir à l'ap-

Digitized by Google

proche de Saint-Malo vers 8 heures du soir. Les congressistes se répandirent sur les remparts et nous étions tous rentrés à Rennes passé minuit.

Le vendredi 4 août fut une journée de travail. A 9 heures du matin, dans la salle du P. C. N., des communications diverses furent lues par M. Doutrebente en son nom et au nom du Dr Marchand sur la paralysie générale et la méningite ; lésions de méningite chronique chez un dégénéré héréditaire.

M. Darcanne, de Fougères, nous parla du signe de Kernig dans la paralysie générale et la méningite, et de la pathogénie de l'othématome.

Le Dr Castex nous intéressa par plusieurs communications : Un cas de paralysie spinale aiguë de l'adulte à forme monoplégique. Recherche sur un temps perdu du réflexe rotulien. — Le réflexe patellaire est indépendant de la surface du percuteur. — Le président saisit cette occasion pour remercier vivement le Dr Castex du zèle qu'il déployait au service du Congrès.

Un travail de M. Porot (de Lyon) était intitulé : Le plexus brachial chez le nouveau-né. M. Camus a lu au nom de M. Deny et au sien une observation de délire métabolique à base hypocondriaque.

M. Devay nous a parlé des folies intermittentes dans leurs rapports avec l'épilepsie.

MM. Sabrazès et Muratel ont montré des préparations de cellules hématocrophages provenant d'un cas d'hémorragie cérébrale.

M. Bourdon, professeur de philosophie, nous parla de l'influence de la force centrifuge sur la perception de la verticale, et nous montra l'appareil qui lui avait servi pour ses expériences.

Puis vint une communication des plus intéressantes de M. Bourneville, sur le traitement médico-pédagogique des enfants arriérés et idiots ; de nombreuses pho-

Digitized by Google

tographies d'enfants à leurs différents âges; des collectives, comme les appelle M. Bourneville, nous montrent avec les cahiers mêmes des enfants tous les progrès réalisés par les idiots sous l'influence de ce traitement.

Le médecin de Bicêtre nous a présenté des photographies d'idiots mongoliens; il nous a montré de l'écriture dans un cas de démence épileptique infantile, enfin il nous a dit que la consanguinité ne paraissait pas avoir d'influence dans les maladies nerveuses chroniques des enfants.

Sous la conduite de M. Perrin de la Touche, directeur de l'Ecole de médecine, nous visitâmes les laboratoires de l'Ecole et de la Faculté : l'aménagement en est des plus complets et il y a là une installation véritablement bien comprise. Nous n'oublions pas que c'est grâce à M. Perrin de la Touche que nous avons eu à notre disposition le matériel nécessaire pour des projections et des présentations de pièces histologiques.

A deux heures du soir, l'ordre du jour appelait l'exposé du rapport de M. Pailhas sur la balnéation et l'hydrothérapie dans les maladies nerveuses et mentales.

La question « de la balnéation et de l'hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales » était pratiquement la plus intéressante. M. le Dr Pailhas, chargé de ce rapport, nous prévint, avec une modestie qui le rendait sympathique, que « la nature et l'étendue de son sujet réclamaient une compétence qu'il n'avait point et une érudition que des conditions de milieu ne lui ont pas permis d'acquérir ».

Après une introduction historique, M. le Dr Pailhas pose d'abord les principes d'hydrothérapie appropriée aux maladies mentales, puis il décrit les différents procédés et modes d'application de l'hydrothérapie et recherche enfin les indications balnéothérapiques. M. Pailhas reconnaissant lui-même que ses conclusions

Digitized by Google

synthétisaient bien son travail, en a donné lecture au Congrès, aussi je ne puis mieux faire que de les rapporter ici dans leur intégralité :

1° L'hydrothérapie exige comme condition essentielle de sa pratique le tact expérimenté de celui qui l'emploie.

2° Toute gamme des procédés hydrothérapiques a pour point de départ une excitation à la périphérie du corps ; mais les effets se différencient ou divergent suivant la thermalité de l'eau, la durée et l'intensité des applications, et maintes conditions individuelles plus dépendantes des multiples et variables dispositions du sujet que la classe nosologique dans laquelle on le range. Nulle thérapeutique ne réclame plus de sens d'opportunité clinique, une conception plus synthétique et plus coordonnée des notions de pathologie générale.

3° La qualité thermale de l'eau, aussi bien que l'intensité et la durée des applications devront se mettre en rapport avec les résistances organiques, générales ou partielles, et aussi avec les susceptibilités individuelles. On ne perdra pas de vue que la dépression fonctionnelle des centres nerveux n'est point adéquate à leur dépression organique, et que cette dernière se dissimule souvent sous le masque de l'excitation et de l'agitation. C'est dans ces cas d'épuisement organique que l'on évitera avec le plus de soins tous les procédés qui, par la durée ou l'intensité de leur action, mettent trop vivement en jeu les processus de la réaction et risquent d'en épuiser les sources.

4° Dans les cas de folie caractérisée par une asthénie réelle et profonde, tels certains délires toxi-infectieux comme la folie puerpérale, la confusion mentale, certains états maniaques accompagnés d'un état général grave, la mélancolie stupide, la dépression catatonique, etc., on s'adressera prudemment, soit à la balnéation tiède peu prolongée et associée à des frictions

Digitized by Google

ou lotions stimulantes, soit à l'emmaillottement humide froid, sinapisé (Chaslin), graduellement surchauffé (Dent).

Dans le choix des procédés, on n'aura égard aux syndromes maniaques et mélancoliques que dans la mesure où ils peuvent, par eux-mêmes, fournir des indications sur l'état des forces du malade.

5° Aux états d'excitation et d'agitation conviennent généralement les applications tièdes ou chaudes ; bains prolongés de 28 à 34 degrés, douches tempérées à faible pression (douche baveuse de Vidal ou bains en pluie).

Chaque praticien saisira dans le degré des résistances offert par le malade à tel ou tel procédé, l'indication d'en rejeter ou d'en ajourner l'emploi.

6° Il est des cas de folie aiguë, d'essence plutôt sthénique, — tels les épisodes d'excitation délirante de l'hystérie, — qui, bien que justiciables de la balnéation tiède, s'accommodent aussi avantageusement des applications hydrothérapiques froides ; immersion de courte durée, affusions, douches en pluie à faible pression, enveloppements humides.

7° De même le délire alcoolique aigu trouve son rapide soulagement dans l'immersion froide ou fraîche relativement prolongée ; mais l'usage d'une telle médication, agissant par sidération des centres nerveux, n'est pas exempte de dangers et rend nécessaire la présence du médecin.

8° Aux états hyperthermiques et spécialement au délire aigu, on opposera les enveloppements humides froids, souvent renouvelés, plus rarement le bain froid ou mitigé.

9° Il est des vésaniques à constitution rhumatismale, goutteuse ou pléthorique, chez lesquels les applications hydrothérapiques seront judicieusement associées à la sudation (emmaillottements, bains russes et turcs).

Digitized by Google

10° Les folies d'origine organique, comme la paralysie générale et celles qui coexistent avec des affections cardiaques ou pulmonaires, contre-indiquent toute médication hydrothérapique susceptible de congestionner les organes lésés ou de porter atteinte à leur fonctionnement. Les applications seront ici partielles, symptomatiques, et ce n'est qu'exceptionnellement que dans la paralysie générale on recourra au bain tiède ou chaud ou à l'enveloppement humide chaud (Alter). Même et surtout dans la démence paralytique, les lésions de décubitus seront une indication du bain prolongé (Bonnefous, Reinhard).

11° Aux états subaigus prolongés ou aux affections aiguës de l'excitation psychique, certaines applications excitantes froides, fraîches ou mixtes (douches froides ou écossaises), demi-bains plus ou moins refroidis avec affusions froides), seront parfois heureusement substituées aux applications sédatives tièdes ou chaudes. Il y aura surtout lieu de procéder de la sorte, lorsque au calme du malade et à son amélioration physique ne correspondra pas le retour parallèle de ses aptitudes mentales.

12° Les états chroniques seront généralement soumis à une hydrothérapie hygiénique dont le bain ordinaire, le bain de piscine et les bains d'aspersion savonneux feront le plus commodément les frais.

Des indications particulières ou occasionnelles feront intervenir l'emploi judicieux et modéré, soit des procédés stimulants toniques ou toni-sédatifs (douche écossaise, douches froides en jet ou en pluie, affusions, demi-bain), soit des procédés plus directement sédatifs (bain plus ou moins prolongé, douche tempérée à faible pression, bain en pluie).

Les épisodes aigus, maniaques ou mélancoliques, survenant au cours des affections chroniques, seront

Digitized by Google

soumis aux règles générales applicables aux états d'excitation et de dépression psychique; mais c'est là surtout qu'il faudra, avant et durant toute intervention, examiner avec une attention scrupuleuse dans quels rapports d'adaptation se trouvent et se maintiennent, d'une part les résistances organiques du sujet et son aptitude à réagir, et d'autre part le procédé hydriatique utilisé.

13° La médication prodromique, visant surtout l'insomnie, fera appel aux bains ou demi-bains tièdes et à l'enveloppement humide (maillot, demi-maillot, ceintures, compresses des membres inférieurs, etc.); les demi-bains, la douche écossaise, la douche baveuse de Vidal, le bain en pluie, les emmaillottements humides, les pédiluves, bains de siège, etc., trouveront aussi leur emploi pour combattre l'irritabilité nerveuse et psychique sous ses divers aspects initiaux d'excitation ou de dépression.

14° La plupart des procédés hydrothérapiques peuvent concourir à la prophylaxie des maladies mentales; c'est néanmoins vers l'eau froide que l'on tendra à diriger préventivement le groupe dominant des prédisposés héréditaires (Morel, Brocard).

En somme, ce rapport représente beaucoup de travail, et l'on doit être reconnaissant à M. le Dr Pailhas d'avoir accepté cette tâche ardue et de l'avoir remplie aussi bien que possible.

Regrettons avec lui qu'en France, dans les facultés, l'enseignement officiel de l'hydrothérapie soit nul (on peut en dire autant de l'électrothérapie), et que dans bon nombre d'asiles l'installation hydrothérapique soit absolument insuffisante, ou bien que l'application soit plutôt inspirée « par des mesures d'hygiène que par des convictions thérapeutiques ».

M. Pailhas exprime aussi le désir — avec raison,

Digitized by Google

selon nous, — que cette grosse question de thérapeutique reste indéfiniment à l'ordre du jour des Congrès annuels et qu'on la reprenne de temps en temps; — c'était aussi la proposition émise par Schüle, au Congrès de Bonn en 1898.

La discussion de ce rapport a été ouverte par M. Christian, qui a critiqué avec beaucoup d'humour la balnéation continue pendant trois, six, dix-huit mois; il regrette que l'auteur du rapport, après nous avoir exposé les indications des bains prolongés, ne nous ait pas parlé de son expérience personnelle.

M. Pailhas appelle la balnéation continue une méthode vraiment médicale; c'est plutôt une méthode spécialement instituée pour le maintien de la discipline intérieure de l'établissement. Certes, l'aliéné dans sa baignoire ne déchirera plus ses vêtements; il ne brisera plus les objets mobiliers. On nous dit que cette méthode n'entraîne pas d'inconvénients, que la peau des malades est protégée par un corps gras isolant, que si des lipothymies menacent, on fait une injection de caféine; que les malades agités qui veulent sortir de leur baignoire sont immobilisés par des injections d'hyoscine, ou bien qu'ils y sont maintenus par la persuasion des infirmiers qui laisse derrière elle des ecchymoses.

Il est vrai que cette pratique des bains continus nous vient de l'étranger et qu'il est de mode en France de dire que la psychiatrie française est en décadence. M. Christian veut réagir contre cette tendance, et il tient à dire que le corps médical psychiatrique français est à la hauteur des autres pays.

M. Deschamps dit que la chaleur seule étant l'agent thérapeutique dans l'hydrothérapie, c'est thermothérapie qu'on devrait appeler celle-ci. Il critique les températures qui ont été fixées par les hydrothérapeutes pour obtenir des effets sédatifs, calmants, antiphlogisti-

Digitized by Google

ques, etc. ; les écarts de ces températures sont énormes et on ne sait vraiment, après avoir lu ces auteurs, à quelle température on doit s'adresser et quelle est celle qu'on doit choisir. L'hydrothérapie est une méthode scientifique qui ne peut donner de résultats concordants, qu'à la condition de lui appliquer les lois de la physique et de la physiologie générale.

M. Manheimer-Gommès a vu la balnéation chaude prolongée, qui agit bien en général, déterminer parfois, chez certains enfants arriérés, le gâtisme volontaire.

M. Bourneville avoue que dans les asiles, les appareils à douche et les doucheurs sont souvent défectueux. A Bicêtre, dans son service, l'orateur éduque lui-même ses internes, son personnel de doucheurs et de doucheuses ; il a pu aussi faire l'éducation d'un grand nombre d'infirmières. Il faudrait que dans les asiles d'aliénés, les médecins éduquent eux-mêmes leur personnel et fassent de l'enseignement hydrothérapique.

M. Dide loue la méthode des bains continus, il l'a vu appliquer dans le service de Kraepelin ; elle ne guérit pas la folie, mais en revanche réussit très bien contre l'agitation et la fait disparaître.

M. Régis voudrait qu'on exigeât des candidats à l'adjuvat la preuve de leurs connaissances en hydrothérapie.

M. l'inspecteur général estime que ce serait aller trop loin que de faire porter sur la balnéothérapie les épreuves du concours. Il remercie M. Pailhas d'avoir donné à cette question toute l'ampleur qu'elle mérite, ce qui permettra de faire tous les efforts pour réaliser des améliorations à ce point de vue dans les asiles.

M. Crocq partage les idées de M. Christian.

M. Deny demande qu'on ne jette pas l'anathème sur Kraepelin et sa méthode ; nous n'avons pas qualité pour discuter la question des bains continus, puisque nous

Digitized by Google

n'avons pas essayé la méthode en France. Son application est du reste horriblement coûteuse.

M. Pailhas a répondu aux observations qui lui avaient été faites, et la discussion fut close.

Ce jour-là, il fut décidé que le Congrès se réunirait en 1906 à Lille, avec M. le professeur Grasset, élu à l'unanimité comme président, M. Chocreaux, de Bailleul, comme secrétaire général. Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

Étude du sang chez les aliénés : rapporteur, M. Dide (Rennes).

Le cerveau sénile : rapporteur, M. Léry (Paris).

La responsabilité des hystériques : rapporteur, M. Antheaume (Paris).

La journée du samedi fut consacrée, la matinée à la visite de l'asile Saint-Méen et à des communications, et l'après-midi à une séance de communications. L'asile de Rennes est en ce moment en voie de transformation, il n'y a donc rien à en dire si ce n'est que les cellules sont horribles et devront être rapidement transformées, et que la cour du quartier des agitées femmes est terriblement étroite pour 70 malades.

Je craindrais de prolonger encore cette chronique déjà longue, et je regrette vivement de ne pouvoir donner aux communications qui ont été faites, dans les deux séances tenues à l'asile Saint-Méen, tous les détails que leur intérêt comporterait.

M. le Dr Brousse, président du Conseil municipal, assistait à la séance de l'après-midi. M. Dide, au nom des médecins-adjoints, a protesté contre l'intention qu'on prête aux médecins des asiles de la Seine de vouloir faire créer un concours spécial pour lesdits asiles.

Une longue discussion s'est engagée entre MM. Brousse, Régis, Doutrebente, Drouineau, Bourneville, Cullerre, et finalement le vœu suivant a été adopté :

Digitized by Google

« Le Congrès, considérant que le concours unique, tel qu'il fonctionne actuellement, donne toutes les garanties et assure d'une façon complète, dans tous les asiles de France, le recrutement du corps médical, émet le vœu que le concours soit conservé dans les conditions actuelles. »

Dans la matinée, M. Bourdon (de Rennes) a présenté un appareil pour mesurer le sens des attitudes ; la démonstration du fonctionnement de cet appareil a été faite par M. Bourdon sur lui-même.

M. Sizaret nous a indiqué un moyen de traitement de l'attaque d'épilepsie par les inhalations d'oxygène.

M. Castex a fait fonctionner un appareil pour mesurer les réflexes qu'il appelle réflexomètre ; il a fait devant le Congrès l'application de son appareil sur un malade du service de M. Sizaret.

MM. Dide et Sacquépée ont fait une très intéressante communication sur la bactériologie de la démence précoce, et sur quelques propriétés du sérum sanguin dans cette maladie.

MM. Dide et Assicot nous ont parlé des signes oculaires dans la démence précoce ; ce sont des troubles réflexes pupillaires.

M. Dide a soumis à l'appréciation du Congrès un essai de classification des maladies mentales.

MM. Durocher et Leborgne (de Rennes), nous ont parlé du diagnostic de la démence précoce à forme paranoïde et des psychoses à base d'interprétations délirantes sans évolution démentielle.

La séance de l'après-midi a été occupée par des communications diverses de M. Foveau de Courmelles sur la galvanisation cérébrale ; de M. Antoine Giraud sur les lésions du cerveau et du cervelet chez une idiote aveugle-née.

M. Royet (de Lyon), en son nom et au nom de

Digitized by Google

M. Roques, nous a apporté une observation de vertiges par lésions rhino-pharyngées.

D'autres communications avaient été déposées par M. Gimbal sur les hallucinations obsédantes ; par MM. Parhon et Goldstein, sur un cas d'hystérie simulant la sclérose en plaques et la syringomyélie ; par MM. Parhon et Papinian, sur un cas d'hémiplégie ancienne avec température plus élevée du côté paralysé.

Les travaux du Congrès étaient terminés; le programme de la journée du lendemain dimanche comportait une excursion dans la célèbre forêt de Paimpont, l'antique Brocéliande, illustrée par les récits légendaires de l'enchanteur Merlin et de la fée Viviane.

Le départ de Rennes s'effectua à 7 heures du matin par tramway spécial jusqu'à Plélan, où stationnaient des voitures qui nous emmenèrent à travers les sites verdoyants de la forêt jusqu'à Paimpont. Nous visitâmes la vieille église de ce village, autrefois abbaye, qui renferme de belles et curieuses boiseries sculptées ainsi qu'un Christ en ivoire, œuvre d'un moine, statuaire anonyme ; l'anatomie de ce Christ est d'un fini merveilleux et l'expression de douleur du visage est admirablement rendue.

Au retour de cette visite, un déjeuner servi sous les arbres et sur les bords du vaste étang de Paimpont, attendait les congressistes ; la promenade du matin avait mis tout le monde en appétit et en belle humeur, et on fit largement honneur à ce champêtre repas.

La série des toast fut ouverte par M. Hamard, ancien bâtonnier, une des notoriétés du barreau de Rennes, qui but surtout aux dames qui sont le charme de nos Congrès.

A l'issue de ce repas, nouvelle promenade à travers la forêt jusqu'au château de Comper, qui appartient aujourd'hui à la famille de Charette.

Digitized by Google

Les congressistes s'acheminèrent à pied jusqu'au bord de la fontaine de Jouvence, et plus d'un de nous voulut boire de l'eau génératrice de jeunesse ; on fut surpris des modestes proportions de cette fontaine et plus d'un se retira désillusionné. A peu de distance de là, nouvelle désillusion : la tombe de l'enchanteur Merlin n'est plus représentée aujourd'hui que par deux pierres rouges de dimensions très restreintes.

Dans le retour sur Plélan, une des voitures de notre caravane versa dans un fossé, il n'en résulta pas d'accident grave ; seule la femme d'un de nos collègues fut légèrement contusionnée à la tempe.

A l'arrivée à Plélan nous eûmes l'agréable surprise de voir installée devant l'hôtel du Croissant, où devait avoir lieu notre souper, la musique militaire du 41e de ligne qui nous charma par ses meilleurs morceaux. Renseignement pris, ce n'était pas une surprise réservée par notre sympathique secrétaire général, mais le fait du déplacement, pour cause de fièvre typhoïde, d'un régiment d'infanterie.

Nous étions de retour à Rennes à 10 heures, ravis de notre journée.

Le lundi 7 août était le dernier jour du Congrès. On voyagea encore à travers la forêt, par un tramway spécial jusqu'à Antrain ; puis le chemin de fer nous transporta jusqu'à Pontorson, où le Dr Bailleul, maire de cette ville et conseiller général, nous attendait pour nous faire visiter l'asile d'aliénés dont il est le médecin-adjoint. Le Dr Sizaret, médecin en chef et père de notre actif secrétaire général, souhaita la bienvenue aux congressistes et s'excusa de ne pouvoir les accompagner dans leur visite à cause de son état de santé. L'établissement de Pontorson laisse encore bien des desiderata à réaliser.

Enfin la journée se terminait par une visite au Mont-Saint-Michel ; les beautés architecturales de la célèbre

Digitized by Google

abbaye sont tellement connues que je n'insisterai pas.

Ce fut alors la dislocation du Congrès; mais un grand nombre de nos collègues profitèrent de leur séjour en Bretagne pour se rendre aux îles anglaises de Jersey et de Guernesey.

En somme, ce Congrès est encore un succès à l'actif de nos assemblées annuelles ; nous avions un président sympathique entre tous, un secrétaire général qui avait l'œil à tout ; les rapports furent des plus intéressants, les communications nombreuses et très goûtées. Ajoutons que les rapports nous sont parvenus en temps utile, et que le résumé des communications nous a été distribué régulièrement à chaque séance.

E. LALLEMANT.

Digitized by Google

Pathologie

LA

CONFUSION MENTALE

Par le Dr E. RÉGIS

Chargé du cours de psychiatrie à l'Université de Bordeaux.

C'est une histoire peu commune que celle de la *confusion mentale*, et bien faite pour mettre en lumière la fragilité de nos théories en matière nosographique.

Signalée en France au début du XIXe siècle par Pinel et Esquirol qui, en raison de son symptôme dominant, la faiblesse de l'activité psychique, y voyaient l'un une forme « d'idiotisme », l'autre une «démence aiguë », elle fut étudiée sous le nom de stupidité par Georget, Ferrus, Etoc-Demazy, qui mirent en lumière ses caractères principaux.

La constitution de la *stupidité* en entité clinique spéciale paraissait donc se faire par degrés, lorsque Baillarger, en 1843, s'efforça d'établir que cet état n'était que le degré extrême de la mélancolie aiguë, la *mélancolie avec stupeur*, s'appuyant pour le démontrer sur ce fait que, derrière l'apparente suspension de la pensée, il existait un délire hallucinatoire très actif, de nature mélancolique.

Du coup, la stupidité, noyée dans la mélancolie avec

Digitized by Google

stupeur, disparut de notre cadre clinique malgré les efforts de quelques auteurs : Sauze, Dagonet et surtout Delasiauve qui, tout en faisant la part, dans la stupidité, de ce qui appartenait à la mélancolie avec stupeur, essayait de reconstituer avec les débris restants, l'ancienne maladie, sous le nom de *confusion mentale*.

Il a fallu que Chaslin, retrouvant dans la psychiatrie allemande la distinction des deux types cliniques adoptés par Delasiauve : la *mélancolie avec stupeur* et la *confusion mentale*, celle-ci sous le nom d'*Amentia*, de *Verwirtheit*, réimportât dans notre pays ce produit français dont la fortune, depuis son exode d'outre-Rhin, n'a fait que grandir, grâce surtout à ses remarquables travaux, à ceux de Séglas et à nombre d'autres que nous ne saurions citer ici.

Cette remise en lumière de la *confusion mentale* a eu incontestablement sur le mouvement actuel de la psychiatrie une influence des plus heureuses. Son étude, celle du *délire onirique* et celle de la *démence précoce*, toutes trois contemporaines, ne tendent à rien moins, en effet, qu'à transformer la médecine mentale, en l'orientant, comme dit excellemment un élève de Sérieux, Masselon, vers les grandes et fécondes théories des infections et des auto-intoxications, et par suite, en la faisant rentrer plus avant dans le domaine de la médecine générale.

Après mûre réflexion, et considérant que ces trois états psychopathiques : *confusion mentale*, *délire onirique*, *démence précoce*, sont reliés entre eux par une infinité de caractères communs, en particulier par leur origine probable et par leurs symptômes essentiels, probablement aussi par des lésions d'ordre similaire, je crois qu'il est permis de voir en eux les diverses modalités cérébrales sous lesquelles se manifestent les infections et les intoxications, c'est-à-dire des *psychoses*

Digitized by Google

toxiques, susceptibles d'être groupées cliniquement autour d'un type fondamental.

C'est cette sorte de synthèse clinique des psychoses toxiques que je vais essayer de résumer ici. Il m'a paru que, appuyée sur des données tout au moins vraisemblables, elle aurait pour avantage de présenter au lecteur une vue d'ensemble relativement claire d'états morbides encore mal définis.

Sous le titre générique de *confusion mentale*, je décrirai donc dans ce chapitre :

1° La *confusion mentale typique;* 2° la *confusion mentale aiguë;* 3° la *confusion mentale chronique* ou *démence précoce* et ses variétés.

CONFUSION MENTALE TYPIQUE

a) *Simple* (*asthénique*); b) *délirante* (*délire onirique*).

1° Définition. — « La confusion mentale primitive idiopathique est une affection, ordinairement aiguë, consécutive à l'action d'une cause ordinairement appréciable, en général une infection, qui se caractérise par des phénomènes somatiques de dénutrition et des phénomènes mentaux ; le fond essentiel de ceux-ci, résultat premier de l'état somatique, est constitué par une forme d'affaiblissement et de dissociation intellectuelle, confusion mentale, qui peut être accompagnée ou non de délire, d'hallucinations, d'agitation ou, au contraire, d'inertie motrice avec ou sans variations marquées de l'état émotionnel. » (Chaslin.)

Nous adopterons, à notre tour, la définition suivante :

La confusion mentale est une psychose généralisée caractérisée par une torpeur, un engourdissement toxique de l'activité psychique supérieure poussé parfois jusqu'à la suspension, accompagné ou non d'automa-

Digitized by Google

tisme onirique délirant, avec réaction adéquate de l'activité générale et des diverses fonctions de l'organisme.

2° Étiologie.—Les influences héréditaires vésaniques ne jouent ici qu'un rôle secondaire. Les influences héréditaires diathésiques sont plus importantes. Le rôle principal appartient aux causes occasionnelles se résumant dans l'une d'elles, capitale : l'*intoxication* ou l'*infection*, sous toutes ses formes. Le sexe féminin, l'âge avancé, l'artério-sclérose, l'hystérie, l'alcoolisme, les shocks traumatiques, physiques et psychiques, etc., y exposent tout particulièrement.

3° Description. — La confusion mentale n'est pas seulement le produit d'une maladie toxique ou infectieuse. Elle offre également ceci d'important qu'elle survient au cours même de cette maladie, au début ou à l'acmé dans ses formes aiguës, souvent fébriles, au déclin dans sa forme simple, asthénique, ou par épuisement.

Son apparition se fait donc au milieu d'une symptomatologie toxémique plus ou moins nette.

Un de ses premiers symptômes, c'est la *céphalée*. Contrairement, en effet, à ce qui existe dans les folies pures où elle est très rare, la céphalée, dans les psychoses toxiques, est pour ainsi dire la règle. Très souvent elle ouvre la scène, se prolonge dans le cours de l'accès, arrachant parfois des plaintes ou des gestes de souffrance aux malades jusque dans leur inconscience, et persiste d'habitude plus ou moins longtemps après la guérison, à la façon de ces résidus, de ces reliquats céphalalgiques qu'on observe si souvent durant des années après les infections, la fièvre typhoïde et la grippe, par exemple. Cette céphalalgie est intense, pénible, gravative, à siège diffus, fronto-orbitaire ou occipital, si violente chez certains sujets que ce sont ses

Digitized by Google

paroxysmes mêmes qui paraissent créer le délire et, en tout cas, le précèdent immédiatement.

C'est là, comme je l'ai montré avec mon élève A. Bouyer, un signe de la plus haute valeur et qui, à lui seul, lorsqu'il se présente avec des caractères bien nets à l'origine d'un trouble mental, doit éveiller l'attention sur la possibilité d'une psychose toxique, liée en particulier à une infection ou à une auto-intoxication gastro-intestinale ou rénale.

A côté de la céphalée, il convient de signaler l'*insomnie*, qui est un signe de début à peu près constant.

C'est dans ces conditions que les premiers troubles cérébraux apparaissent, assez rapidement, d'habitude, sous forme de *torpeur* et d'*obtusion*. Dès ce moment, la confusion mentale est constituée.

Nous examinerons sommairement ses *symptômes psychiques* et ses *symptômes physiques*.

A) Symptomes psychiques. — Pour se faire une idée à peu près nette de la confusion mentale, au point de vue psychique, il faut se la représenter, suivant la définition que nous en avons donnée, comme un état d'engourdissement toxique de l'activité intellectuelle supérieure, avec domination plus ou moins complète de l'activité onirique sous-consciente ou inconsciente.

Torpeur intellectuelle, rêverie automatique, ce sont donc là ses éléments symptomatiques essentiels. Suivant que l'un ou l'autre domine, la confusion mentale, tout en restant la même au fond, se présente plus particulièrement sous forme de *confusion mentale simple, asthénique*, ou sous forme de *confusion mentale délirante*.

Nous allons, pour la commodité de l'étude, décrire successivement ces deux aspects psychiques de la confusion mentale typique.

a) *Confusion mentale simple ou asthénique.* — En

Digitized by Google

première ligne vient, parmi les troubles de l'idéation, la *torpeur cérébrale*. La *torpeur cérébrale* est à ce point constante et importante dans toute confusion mentale que, dans certains cas, elle y est, à elle seule, caractéristique.

Du jour au lendemain on voit des individus, jusque-là d'une intelligence active, alerte et vive, s'alourdir tout à coup et demeurer plongés sans étonnement, avec indifférence, dans l'inaction psychique la plus complète. Certains, comme des vieillards sénilisés, alourdis au coin du feu par le travail d'une digestion laborieuse, somnolent à tout instant, dans un vague assoupissement, ou sont pris d'un besoin irrésistible de sommeil. On dirait, et cela doit être, qu'ils sont sous l'influence d'une *narcose toxique*.

Cette torpeur a nécessairement des degrés qui marquent les degrés mêmes de la maladie. Elle va depuis cet état de simple prostration intellectuelle, si bien décrit autrefois par Ball sous le nom même de *torpeur cérébrale* et qui doit être rattaché à la confusion mentale, dont il représente l'atteinte la plus légère, jusqu'à la suspension des opérations psychiques.

La lenteur de ces opérations est en rapport avec la torpeur cérébrale.

J'ai étudié de près, chez plusieurs malades, ce ralentissement de l'activité psychique et j'ai même, avec l'aide du professeur agrégé Pachon, pris chez eux quelques tracés du retard de l'équation personnelle concurremment avec la courbe du pouls et de la respiration.

Il est des cas où la stimulation provocatrice ne détermine rien chez les malades : ou elle n'arrive pas à leur conscience, trop endormie et trop lointaine, ou, si elle y arrive, elle n'y suscite aucune réaction. C'est la stupidité.

Digitized by Google

Dans d'autres cas il y a réaction, mais très faible, incomplète, et tellement lente qu'une nouvelle question a été posée au sujet avant qu'il manifeste avoir été impressionné par la première.

Dans les cas légers, enfin, tout se borne à un simple retard.

Ce qui est à noter, c'est que, même dans les cas où la question n'est pas suivie de réponse, le pouls, mais surtout la respiration, marquent par un certain degré de fréquence et d'agitation, qu'il y a eu un commencement d'effort, en tout cas, d'impression.

J'ai pu suivre au jour le jour, chez une des malades de ma clinique de l'hôpital Saint-André, atteinte de confusion mentale post-puerpérale avec stupidité complète, l'amélioration progressive de la torpeur cérébrale et de la lenteur psychique, et rien n'était plus intéressant. Au début, la malade n'exprimait rien et son visage restait impassible, comme si elle n'avait ni entendu ni compris. Plus tard, on s'aperçut qu'après la question posée, mais au bout d'un certain temps et sans que son corps ni son visage aient tressailli, ses yeux s'éclairaient un instant. Ce fut son premier signe de communication avec la vie extérieure, après deux mois d'apparente mort psychique. Puis le sourire des lèvres suivit l'éclair du regard ; puis ce fut le mouvement du visage, l'émission de quelques mots à voix basse et enfin, progressivement, tout le reste. Mais ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est que ces diverses manifestations de l'activité, même une fois regagnées, ne s'opéraient que lentement et l'une après l'autre. Ainsi, on interrogeait la malade assise à côté, sur une chaise : tout d'abord, rien n'avait lieu, le masque restait sans expression. Mais, une ou deux secondes passées, on voyait les yeux s'allumer et luire ; après un instant, le sourire arrivait et le visage se détendait ; en troisième

Digitized by Google

lieu, la tête se tournait lentement vers l'interlocuteur et finalement la réponse arrivait, manifestation dernière de cette mimique lentement décomposée, comme par une sorte de mécanique, en ses pièces et morceaux.

Avec la torpeur cérébrale existe un état particulier d'*obtusion*, de *désorientation*, de *confusion d'esprit*, qui a fait donner son nom à la maladie. Qu'il s'agisse de souvenirs, d'appréciations de sensations, de questions à saisir, d'idées à exprimer, tout est diffus, dissocié, incoordonné, dans un vrai chaos ; on dirait que l'intelligence est très affaiblie, parfois même abolie. Les sujets, insensibles, indifférents, expriment transquillement les plus grosses absurdités ; ils ne reconnaissent plus leur milieu, leur entourage, ne savent où ils sont, ne se rendent pas compte du temps, ne peuvent associer leurs idées, coordonner leur langage, fournir aucun renseignement. Et cependant, au milieu de cette incohérence et de ce néant, on est surpris de voir apparaître des lueurs d'esprit ; derrière ces épais nuages, on s'aperçoit que l'intelligence, simplement obscurcie, existe encore. Elle n'est pas éteinte, elle est comme lointaine, comme absente.

Un des signes les plus caractéristiques de cette obnubilation est l'*amnésie*. Cette amnésie, en effet, est toute spéciale. Ce n'est pas la diminution de la mémoire classique, celle des démences simples et vésaniques, qui débute par de légères défaillances et qui s'étend progressivement à toutes les acquisitions, suivant un ordre déterminé. Ce n'est pas non plus l'amnésie des ictus cérébraux, incomplète et plus ou moins systématique. C'est un mélange de souvenirs exacts, précis, délicats, et d'oublis absurdes, extravagants, poussés au comble. Le malade aura parlé correctement, sans erreur, des faits passés alors qu'il ne se rappelle plus ce qu'on vient de lui dire, ce qu'il vient de faire ; il demande un objet qu'il tient dans la main, il veut dîner quand il sort

Digitized by Google

de table, être couché quand il est au lit, etc. Si on lui signale sa méprise, il accepte la rectification ; mais quelques instants après il y revient et ainsi de suite plusieurs fois, sans s'en rendre compte. Il y a là, comme on le voit, un état à part qui n'est pas tant la perte de mémoire démentielle des événements anciens ou récents qu'une impossibilité d'assimiler, de fixer les choses du moment, une véritable *amnésie rétro-antérograde* et surtout une *amnésie de fixation* se rapprochant, comme l'avait vu Séglas, de celle analogue des traumatismes et des névroses. On la trouve plus particulièrement marquée dans la confusion mentale de certaines intoxications, notamment dans la *psychose polynévritique* où elle a été signalée par Korsakoff et Charcot et dans la *psychose éclamptique*.

Nous verrons plus loin que, contrairement à ce qui a lieu dans les autres types de psychoses, la guérison de la confusion mentale s'accompagne en outre d'une amnésie plus ou moins marquée de l'accès, c'est-à-dire d'*amnésie lacunaire*.

Tels sont les troubles psychiques saillants du côté de l'idéation. Du côté des *perceptions*, il existe une diminution parallèle d'activité, ce qui explique, comme nous l'avons vu, que les sensations spontanées et les sollicitations provoquées, même les plus intenses, ne paraissent pas arriver à la conscience ou n'y arrivent que lentement, faiblement, et n'y déterminent ni émotion, ni réactions rapides et actives.

Du côté de l'*affectivité*, même diminution, même torpeur. Les malades paraissent ne rien éprouver, ne rien sentir, ne rien désirer. Il y a indifférence plus ou moins complète du ton émotionnel.

La *conscience personnelle*, par suite de la torpeur cérébrale et de l'engourdissement des apports perceptifs, est suspendue, presque abolie, suivant le cas.

Digitized by Google

La *personnalité*, en conséquence, devient vague. flottante, sans cohésion, et va même jusqu'à s'éteindre,

Dans le domaine de l'*activité*, peu ou pas de réactions. L'*activité générale* est annihilée, inexistante ou très amoindrie ; il en est de même de la *mimique*, non seulement de la mimique d'action mais aussi de la mimique d'expression. Le visage ne traduit ni l'animation, comme dans la manie, ni la douleur intense, comme dans la mélancolie, ni même les émotions et la pensée existantes, comme dans l'état normal. Il ne traduit rien ou seulement, dans les cas légers, quelques impressions ténues et fugitives. Des *actes*, il y en a peu ou pas, suivant le degré de la torpeur.

Le tableau psychique de la confusion mentale simple, réduite à son élément fondamental : le ralentissement de l'activité psychique volontaire poussé parfois jusqu'à la suspension, se résume dans l'esquisse que nous venons de tracer. Mais d'habitude, un second élément, complément pour ainsi dire du premier, vient s'ajouter à lui : c'est l'*activité onirique*, *sous-consciente* ou *inconsciente*. On comprend, en effet, qu'au fur et à mesure que l'activité psychique consciente s'engourdit, l'activité onirique ou de rêve, libérée de ses liens, entre en jeu et tende à prédominer.

La torpeur psychique de la confusion mentale s'accompagne donc toujours, même dans les cas où l'activité consciente paraît totalement abolie, comme dans la stupidité, d'automatisme onirique, c'est-à-dire de scènes de rêves s'imposant au sujet. Mais dans les formes purement asthéniques de la confusion mentale, cet onirisme est rudimentaire et tout à fait au second plan. Dans certaines autres formes, au contraire, il domine la scène et constitue un véritable délire, le *délire onirique*.

b) *Confusion mentale délirante* (*délire onirique*). — Avant d'indiquer les principaux caractères du délire

Digitized by Google

onirique, il me paraît nécessaire de retracer très brièvement son histoire.

De tout temps, comme le fait remarquer A. Vigouroux dans une Revue récente, on a eu tendance à comparer le *délire* avec le *rêve*. Mais il ne s'agissait là que d'une simple analogie et, de plus, d'une analogie très générale, puisqu'on l'établissait entre le rêve et le délire de la folie, sans distinction.

Lasègue, en 1881, émit cette idée nouvelle que le délire alcoolique était un rêve. On parut accepter sa manière de voir, mais les choses en restèrent là, malgré des travaux intéressants comme la thèse de Chaslin, jusqu'au jour où le courant scientifique amena l'attention sur les délires d'auto-intoxication et d'infection.

Alors, très rapidement, la question se transforme et s'élargit. Klippel montre le rôle important du foie dans la production du délire alcoolique (1892-1893), tandis que, de mon côté, je signale au Congrès de La Rochelle (1893), où le fait est également indiqué par Séglas, Legrain, etc., la ressemblance existant entre les délires d'auto-intoxication et d'infection et le délire alcoolique.

C'est la constatation de cette ressemblance qui m'a amené progressivement à la constitution actuelle du délire onirique.

Ayant étudié de près, dans les hôpitaux, le délire des sujets atteints d'une maladie infectieuse ou toxique, je crus pouvoir, en effet, signaler en 1894 : que ce délire était, comme dans l'alcoolisme, un délire de rêve ; que ce délire de rêve, auquel je donnai le nom de *délire onirique* (de ὄναρ, ὄνειρος, rêve), pouvait être considéré comme étant la caractéristique de toutes les intoxications et infections ; que ce délire, enfin, paraissait être non le rêve d'un sommeil ordinaire, mais le rêve d'un sommeil

Digitized by Google

pathologique et que les recherches étaient à poursuivre sur ce point. Ces recherches que je n'ai cessé, depuis, de continuer, m'ont amené à relever un certain nombre de faits complémentaires.

J'ai établi en particulier, et c'est là, je crois, le point dominant en l'espèce, que le délire onirique est un véritable *état somnambulique*, un *état second*. Comme tout état second, il est formé par la mise en jeu de l'activité sub-consciente ou inconsciente ; il domine le sujet au point de lui faire vivre et agir sa vie sub-consciente ou inconsciente ; cessant par une sorte de réveil, souvent brusque, il est suivi d'une *amnésie* plus ou moins marquée suivant le cas ; il peut, une fois disparu, laisser dans la conscience certaines des conceptions engendrées par lui, conceptions que j'ai appelées pour ce motif *idées fixes post-oniriques*, par analogie avec les idées fixes post-somnambuliques ou hypnotiques ; il est enfin, toujours comme un état second, susceptible d'être influencé par l'*hypnose*, au moyen de laquelle on parvient parfois à faire disparaître l'amnésie ainsi que les idées fixes post-oniriques.

J'ai montré également que ce délire est bien le délire type des intoxications et des infections, puisqu'on le retrouve dans tous les états considérés comme tels, notamment : dans les psychoses toxiques et infectieuses en général ; dans les auto-intoxications gastro-intestinales ; dans les psychoses traumatiques ; dans les psychoses post-puerpérales ; dans les psychoses post-éclamptiques ; dans les psychoses post-opératoires, gynécologiques, cataractiques ; dans les psychoses du paludisme, de l'insolation ; dans certains cas de paralysie générale et de sénilité ; dans le délire des brûlures graves ; dans l'infection vaccinale ; dans l'abstinence et l'inanition, etc., etc., tous états où je l'ai successivement étudié ou fait étudier.

Digitized by Google

D'autres travaux, très nombreux, ont été consacrés dans ces derniers temps aux rêves et aux délires de rêves, en particulier l'ouvrage de Sante de Sanctis qui embrasse la question dans son ensemble. A l'heure actuelle, le délire onirique est généralement admis à la fois dans sa forme et dans sa signification clinique.

J'en résume la description d'après ma communication à l'Académie de médecine (7 mai 1901) :

« L'une des formes de psychoses toxiques, la plus typique, est essentiellement composée de deux éléments : un élément confusion et un élément délire, associés le plus souvent en proportions diverses, mais susceptibles aussi de se présenter isolément, au point de donner lieu à deux variétés distinctes de la maladie.

« A la confusion mentale, bien connue en France depuis les travaux de Chaslin, appartiennent l'obtusion, la désorientation de l'esprit, l'hébétude et, consécutivement, l'amnésie, avec démence temporaire ou définitive.

« Quant au délire, il est tout à fait caractéristique, et c'est à sa détermination exacte que je me suis surtout attaché.

« Ce délire est, dans toute l'acception du mot, un *délire de rêve*, un *délire onirique*. Il naît et évolue, en effet, dans le sommeil ; il est constitué par des associations fortuites d'idées ; par des reviviscences hallucinatoires d'images et de souvenirs antérieurs, par des scènes de la vie familiale ou professionnelle, par des visions le plus souvent pénibles, par des combinaisons d'événements étranges, impossibles, éminemment mobiles et changeants ou doués, au contraire, d'une certaine fixité, qui s'imposent plus ou moins complètement à la conviction.

« Au degré le plus faible, ce délire est exclusivement nocturne et momentané ; il cesse au réveil et ne reparaît

Digitized by Google

que le soir, soit dès le crépuscule, soit seulement plus tard, avec le vague assoupissement. A un degré plus marqué, il cesse encore au réveil, mais incomplètement, et se reproduit dans la journée dès que le malade a les yeux fermés et somnole. Enfin, à son degré le plus élevé, le délire ne cesse pas au matin et il se continue le jour tel quel, comme un véritable *rêve prolongé*.

« Cette opinion que le délire toxique est un délire de rêve avait été formulée par Lasègue en ce qui concerne spécialement le délire alcoolique. Elle doit être, on le voit, étendue à l'ensemble des délires d'auto-intoxication et d'infection.

« Mais le délire des auto-intoxications et des infections n'est pas seulement un délire de rêve ; c'est, de plus, — et il y a là un fait nosologique d'une portée théorique et pratique considérable, — c'est, de plus, un délire de rêve morbide, de somnambulisme, d'état second.

« Il suffit d'observer les délirants toxiques pour s'apercevoir que ce ne sont pas des dormeurs ordinaires, assistant passivement et en simples spectateurs aux objectivations cinématographiques de leur automatisme mental ; ce sont des dormeurs actifs, en mouvement. Comme les somnambules, ils vont du rêve muet au rêve parlé et au rêve d'action, dans une perception plus ou moins confuse de l'ambiant, qu'ils mêlent à leurs conceptions fantastiques, passant parfois de leur état second à la réalité et de la réalité à leur état second, suivant qu'on les interpelle ou qu'on les abandonne à eux-mêmes, suivant qu'ils ouvrent ou ferment les yeux ; comme les somnambules aussi, ils sortent de leur délire par un véritable réveil, n'ayant en général qu'un souvenir vague ou nul de leur accès ; comme eux enfin, ils gardent souvent implantée dans leur esprit, plus ou moins longtemps après la guérison, quelque idée fausse isolée, obsédante, tenace, reliquat d'une des conceptions

Digitized by Google

principales de leur rêve hallucinatoire, sorte de monoidéisme, d'*idée fixe post-onirique*, identique au monoidéisme, à l'idée fixe post-hypnotique.

« Il n'est pas jusqu'à l'*amnésie* des états toxiques qui, par ses caractères d'amnésie rétro-antérograde et de fixation, ne rappelle absolument l'amnésie des névroses et des shocks.

« Ce qui achève de prouver enfin l'identité de nature du délire toxique et infectieux et des états seconds, c'est qu'on peut fréquemment intervenir dans celui-là comme dans ceux-ci par l'*hypnose suggestive*, soit pour réveiller le souvenir perdu de l'accès, soit pour combattre les idées fixes qui lui survivent, et cela, en l'absence de tout élément hystérique, car souvent, dans ce cas, la suggestibilité du sujet n'existe que pendant la phase d'intoxication et cesse avec elle.

« Cet ensemble morbide, fait de confusion mentale et de délire onirique, est vraiment caractéristique : caractéristique à ce point qu'il implique toujours, à mon avis, le diagnostic d'intoxication. J'ai pu ainsi, par la seule constatation d'un délire onirique à base plus ou moins confuse, conclure à l'existence d'une auto-intoxication restée latente ou ignorée, et qui dès lors se révélait manifestement.

« On peut donc considérer comme psychoses toxiques toutes celles qui réalisent ce complexus. »

On voit par ces considérations quelle est l'importance clinique du délire onirique. On voit aussi ce qu'est sa nature, tout à fait à part parmi les autres espèces délirantes.

Grasset dit en passant, dans son livre si original et si remarquable sur *l'hypnotisme et la suggestion*, que le délire onirique des intoxications et des infections est un exemple de la dissociation du centre O et du polygone au profit de ce dernier, c'est-à-dire de l'activité psychique

Digitized by Google

supérieure et de l'activité psychique inférieure ou automatique, celle-ci devenue prédominante. La réflexion est absolument juste et j'estime en effet que rien ne saurait mieux faire comprendre le délire onirique tel que je le conçois, comme de voir en lui, suivant le schéma et l'expression de Grasset, un type de *délire polygonal.*

B) Symptômes physiques. — L'aspect général des sujets atteints de confusion mentale ressemble dans une certaine mesure à celui des mélancoliques. C'est la même torpeur, la même inertie dans l'état calme, la même agitation factice dans l'état de délire et d'excitation. Toutefois, dans la confusion mentale, l'expression, les traits, l'attitude, la mimique, trahissent simplement la lenteur, l'indifférence, l'étonnement, l'hébétude, mais non la tristesse, la douleur ou l'anxiété. Au fur et à mesure que la confusion s'atténue et que l'amélioration survient, le masque se détend, les traits reprennent de la vie et de l'expression.

Nous avons déjà signalé l'*insomnie* au début de la confusion mentale. Cette insomnie persiste habituellement pendant toute sa durée, malgré l'existence fréquente de la *somnolence.*

On peut constater aussi des *attaques*, avec ou sans convulsions. Ces attaques revêtent tous les types, en particulier le type hystérique, épileptique, comateux, et surviennent à toutes les périodes de la maladie. De ces attaques, on peut rapprocher certaines raideurs musculaires, des spasmes, des contractures, des symptômes tétaniques et catatoniques, et surtout des attitudes cataleptoïdes, plus spéciales, semble-t-il, à la psychose par auto-intoxication rénale (Brissaud et Lamy, Latron, Régis et Lalanne, etc.).

L'*inégalité pupillaire*, avec état variable des réflexes lumineux et accommodatif, s'observe assez souvent dans la confusion mentale. Elle y offre cette particularité

Digitized by Google

curieuse, indiquée par Chaslin, par Séglas et par nous, qu'elle est très changeante et se modifie d'un jour à l'autre et jusque dans la même journée. Il en est de même des autres *réflexes*, tendineux ou cutanés, très variables, mais plus souvent *exagérés*.

Un symptôme assez caractéristique est le *tremblement*, sorte de trémulation générale, analogue à celle de l'alcoolisme, et provoquant parfois du côté des mains et de l'écriture, du côté des lèvres, de la langue et de la parole, des phénomènes ataxiformes qui rappellent de plus ou moins près la paralysie générale.

Au sujet des troubles de la *parole*, rappelons les manifestations dyslogiques indiquées par Séglas : ânonnement, hésitation du langage par lenteur et embarras de la pensée, amnésies verbales, difficulté d'adapter les mots à l'idée et de les coordonner, ainsi que celles qui ont fait admettre par Meynert une variété de confusion mentale pseudo-aphasique et paraphasique.

Signalons enfin : les *troubles gastro-intestinaux* (état saburral, inappétence, constipation, fétidité de l'haleine et des matières fécales); les *troubles circulatoires* (altérations du cœur et du pouls, cyanose et refroidissement des extrémités); les *troubles des sécrétions* et des *excrétions* (anhydrose, hyperhydrose, sialorrhée, polyurie, ischurie); l'*aspect général* (teint terreux et blafard, subictère, apparence typhique); l'*amaigrissement*, la *dénutrition*, la *peau chaude*, *sèche* ou *visqueuse*, enfin, l'*hyperthermie*, ou, par une sorte de contraste avec l'acuité de l'état, l'*hypothermie*, surtout dans certains cas de confusion mentale par insuffisance hépatique.

Quant à l'*analyse chimique* des humeurs, elle a déjà fourni quelques données précieuses et elle est appelée, croyons-nous, à en fournir davantage encore dans la confusion mentale, qui est bien la psychose de choix pour ce genre de recherches.

Digitized by Google

Du côté du *sang*, où peu de chose a été fait encore, sauf en ce qui concerne le délire aigu, dans lequel existerait un bacille dont nous aurons à parler, il y aurait à étudier spécialement, dans la confusion mentale, la composition et la proportion des éléments constituants, la toxicité et le pouvoir bactéricide ; du côté du *liquide céphalo-rachidien*, la formule leucocytaire.

Du côté de l'*urine*, nous avons déjà certains résultats. Nous savons, par exemple, et cela paraît être un fait qui, à mon avis, se vérifie de jour en jour, que le taux de l'urine est habituellement modifié dans la confusion mentale. Diminuée plus ou moins, de plus de moitié parfois, au début et au moment maximum de la maladie, la quantité d'urine augmente avec son amélioration, et il n'est pas rare même que la convaleseence ne soit signalée par une véritable débâcle urinaire, atteignant 3 ou 4 litres par vingt-quatre heures.

Au point de vue des éléments normaux, l'urine est ordinairement altérée dans la confusion mentale. Il y a hyperacidité, phosphaturie, uricémie, etc.

Très fréquemment aussi, elle présente des éléments anormaux : albuminurie (légère et inconstante), indicanurie, avec ou sans dérivés scatoliques, urobilinurie, diacéturie, acétonurie, etc., etc., suivant les cas. Il nous semble même qu'à chacune des causes toxiques de la confusion mentale, corresponde, pour ainsi dire, un chimisme particulier, une formule urinaire, décelable par l'analyse. Ainsi, la *psychose par auto-intoxication gastro-intestinale* se traduit plus spécialement par des quantités plus ou moins considérables d'indican, d'acétone, d'acides diécétique et β oxybutyrique, de tyrosine, de sulfo-conjugués dans l'urine ; la *psychose par auto-intoxication hépatique* se manifeste par l'hémaphéisme, l'urobilinurie, l'épreuve positive de la glycosurie expérimentale, l'albuminurie ; la *psychose par auto-intoxica-*

Digitized by Google

tion rénale, enfin, par la diminution très notable du taux urinaire, la présence de cylindres et de tubes, l'albuminurie, l'hémoglobinurie, etc. Quant à la *confusion mentale d'origine infectieuse*, sa formule urinaire se rapproche de telle ou telle des précédentes, suivant la voie d'élimination plus particulièrement intéressée.

4° Marche, durée, terminaison, pronostic. — La confusion mentale simple, telle que nous venons de la décrire, a une *marche* variable, rarement aiguë et rapide, le plus souvent subaiguë et lente. Il est des cas où elle paraît s'immobiliser à la période d'état. Aussi, sa *durée* ne peut-elle être fixée, même d'une façon approximative, car son évolution, qui n'est parfois que de quelques jours ou de quelques semaines, s'étend parfois à plusieurs années.

Sa *terminaison* habituelle est la *guérison*. Je n'hésite pas à dire que, dans sa forme ordinaire, celle que nous avons ici en vue, la confusion mentale est la plus curable de toutes les psychoses, sans exception.

Une particularité importante marque la guérison de la confusion mentale, quelle qu'en soit la forme : c'est l'*amnésie*, sur laquelle Séglas a justement insisté.

On sait que, dans les vésanies pures, il n'en est pas ainsi, et que les malades, une fois revenus à la raison, se rappellent le plus généralement avec une lucidité merveilleuse et jusque dans leurs moindres détails, les diverses péripéties de l'accès. Il est exceptionnel, au contraire, qu'au sortir d'un état de confusion mentale, le sujet en ait la notion pleine et entière ; ou il y a du vague, des lacunes, ou l'amnésie est absolue.

Il faut ajouter que l'amnésie de fixation peut aussi se prolonger plus ou moins longtemps après la convalescence, compliquée même, parfois, ainsi que je l'ai noté, d'une amnésie des mots absolument telle qu'on

Digitized by Google

l'observe dans l'amnésie verbale ou aphasie amnésique d'origine organique, si bien décrite par Pitres.

La confusion mentale peut se terminer par la *mort* ; mais cela est rare et n'a guère lieu que sous l'influence de complications et dans les formes aiguës, stupidité et surtout délire aigu.

Elle peut aussi se terminer par l'*état chronique*. La confusion mentale verse alors plus ou moins rapidement dans une *démence* spéciale dont la *démence précoce* est le type, soit directement, soit indirectement en passant par une sorte de période de transition accompagnée d'un délire à allures parfois systématisées de persécution et de grandeur. Durant cette transition, et même lorsqu'elle a tourné à la démence, la maladie conserve encore certains caractères de la confusion mentale antérieure.

5° Diagnostic. — La confusion mentale simple est susceptible d'être confondue avec la *neurasthénie*, surtout avec la neurasthénie à prédominance psychique ou *psychasthénie*. Le fait ne saurait surprendre si l'on réfléchit que les deux états morbides ont et la même origine (intoxication, infection), et le même caractère clinique fondamental (asthénie mentale). Nous croyons même pouvoir dire qu'entre la neurasthénie post-grippale, par exemple, et la confusion mentale de la convalescence de la grippe, il n'existe au fond qu'une différence de degré. C'est aussi l'opinion de Chaslin, pour qui « les formes légères de confusion mentale de Delasiauve semblent se rapprocher de la neurasthénie, constituent un terrain de transition avec la neurasthénie ». Toutefois, et hormis ce cas de transition, la distinction est facile, la confusion mentale étant en somme une psychopathie, avec des troubles psychiques très caractérisés, et non plus une simple psychasthénie.

L'histoire nous a déjà montré combien il était facile

Digitized by Google

de confondre la confusion mentale et la *mélancolie avec stupeur*. Nous aurons encore à y revenir plus loin.

La confusion mentale peut également, au premier aspect, être prise pour un état d'*idiotie* ou de *démence*, et la preuve en est dans les noms « d'idiotisme » et de « démence aiguë » que lui avaient donné Pinel et Esquirol. Les anamnestiques suffisent à faire écarter l'idée d'un arrêt de développement originel. En ce qui concerne la démence, le problème est plus délicat, et c'est avec raison que Chaslin et Hannion en ont fait ressortir les difficultés. On ne saurait, dans certains cas, affirmer si un malade présente une simple suspension ou une abolition de l'activité cérébrale ; d'autant que, nous l'avons vu, la suspension peut mener à l'abolition, c'est-à-dire de la confusion mentale à la démence. En général, toutefois, les causes de la maladie, son début, ses particularités physiques et psychiques, ses concomitants toxiques et infectieux, permettront de reconnaître la confusion mentale.

On peut hésiter davantage encore entre la confusion mentale simple, asthénique, celle de la fin des maladies infectieuses et la *paralysie générale à forme démente*, sans délire. Ici, en effet, ce n'est pas seulement le tableau clinique qui est analogue ; l'étiologie elle-même complique le problème au lieu de servir à le résoudre, puisque la paralysie générale, bien que le plus ordinairement consécutive à la syphilis, semble pouvoir succéder aussi aux autres infections.

Séglas a énuméré, dans une de ses leçons cliniques, tous les éléments de ce diagnostic qui réclame une grande attention et parfois un certain temps avant de recevoir sa solution. La ponction lombaire ne suffit pas toujours à l'éclairer.

La confusion mentale simple, en dehors de la dépression mélancolique, de la mélancolie avec stupeur, se

Digitized by Google

distingue facilement des autres psychoses ou vésanies. Il faut signaler simplement le cas où la confusion mentale vient, par suite d'un processus toxique intercurrent, se greffer sur une *psychose* ou *vésanie antérieure*; non seulement alors le passé du sujet démontre qu'il s'agit là d'une *confusion mentale secondaire*, mais il arrive le plus souvent que cette confusion efface ou remplace la vésanie, au lieu de s'ajouter à elle et de l'accentuer.

La plupart des indications précédentes s'appliquent au diagnostic de la confusion mentale délirante. Aussi me bornerai-je, en ce qui concerne cette dernière, à la simple observation que voici.

La confusion mentale délirante, avec la combinaison de ses deux éléments confusion et délire, tous deux si typiques, ne saurait guère être confondue avec une autre psychose.

Mais le diagnostic difficile consiste à déceler, par les caractères mêmes de la confusion mentale délirante, l'intoxication ou l'infection en jeu.

Je me hâte de déclarer que ce diagnostic est à peu près impossible, pour les mêmes raisons que j'indiquerai à propos du délire aigu, à savoir que ce qui varie, c'est l'intoxication ou l'infection et non la psychose qu'elle engendre, identique ou à peu près dans tous les cas.

Si je signale ici ce point, ce n'est donc pas pour essayer de tracer une série de diagnostics différentiels que je considère comme à peu près impossibles en l'état actuel des choses, mais bien au contraire, pour mettre en garde contre des méprises et des conclusions trop hâtives, résultant de l'identité des manifestations psychopathiques.

En se rappelant que toute psychose toxique et infectieuse est faite de confusion mentale et de délire onirique, on n'en arrivera plus à mettre, comme on l'a fait

Digitized by Google

et comme on le fait trop souvent encore, sur le compte de l'*alcoolisme* le délire de la pneumonie, le délire post-opératoire, le délire consécutif à l'opération de la cataracte, le délire paludéen et beaucoup d'autres que je pourrais citer.

En présence d'une psychose ayant tous les traits de la *psychose alcoolique*, il faut donc, non pas conclure d'emblée à l'alcoolisme, mais rechercher s'il n'existe pas en dehors de lui, ou même avec lui, une autre intoxication ou infection susceptible d'avoir produit cette psychose. On évitera ainsi plus d'une erreur.

6° Anatomie pathologique. — La confusion mentale, seule encore parmi les psychoses, présente des lésions manifestes du système nerveux et c'est ce qui explique que quelques auteurs, avec Chaslin, voient en elle une sorte d'intermédiaire entre les psychoses fonctionnelles et les psychoses organiques. Les lésions du système nerveux constatées dans les cas de confusion mentale sont naturellement celles que l'on trouve dans les intoxications et les infections : en particulier la tuméfaction, la déformation, la chromatolyse avec déplacement nucléaire des cellules de l'écorce grise du cerveau. Ballet et ses élèves Maurice Faure, Laignel-Lavastine, ont très nettement montré ces lésions à leurs divers degrés. Mais il n'y a là, ainsi que le fait justement remarquer Anglade, rien de spécial à la confusion mentale ; ce sont les altérations cellulaires communes à tous les empoisonnements de l'organisme ayant frappé les centres nerveux. Si bien que la question se pose de savoir si les lésions dont nous parlons sont les lésions de la confusion mentale ou celles du processus toxique dont la confusion mentale est une des manifestations.

7° Traitement. — Avec Chaslin et Séglas, j'estime que la confusion mentale est, sauf complications exceptionnelles, une psychose à traiter à domicile ou à l'hô-

Digitized by Google

pital. C'est là, du reste, qu'elle s'observe tout naturellement, comme épiphénomène des maladies toxiques et infectieuses.

Pour ce qui est du traitement proprement dit, nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici ce que nous en disions en 1898, dans un précédent travail :

« L'indication dominante consiste à combattre la cause première, c'est-à-dire l'*intoxication* ou l'*infection* : d'où l'utilité capitale des purgatifs et des laxatifs répétés, des médicaments antitoxiques, des lavages de l'estomac, des diurétiques, de la saignée, surtout dans les phases du début, lorsque l'empoisonnement est à son maximum. En même temps, et suivant le cas, on administre les sédatifs, les bains, les toniques, etc.

« Expérience faite, nous n'hésitons pas à nous joindre à Chaslin, à Sérieux et aux auteurs étrangers qui préconisent le repos au lit systématique, l'*alitement*, dans le traitement de la confusion mentale. C'est un excellent moyen d'arrêter la dénutrition, d'amener le calme, de faire comprendre au sujet qu'il est malade.

« Lorsque les périodes d'agitation aiguë sont passées et que surviennent celles d'asthénie physique et psychique qui vont souvent jusqu'à la cachexie, le traitement doit changer de face, et il faut alors s'appliquer à *régénérer* l'organisme par un ensemble de moyens appropriés visant à la fois l'hygiène, l'alimentation, les médications internes et externes. Parmi ces dernières, les pratiques hydrothérapiques et électrothérapiques, les frictions, le massage, la gymnastique, les injections de sérum artificiel (Cullerre, Jacquin), l'eau oxygénée, l'opothérapie, les reconstituants du système nerveux, peuvent rendre les plus grands services.

« Quant au traitement intellectuel en particulier, il offre ici quelque chose de spécial, en raison de la faiblesse mentale dans laquelle se trouvent la plupart des

Digitized by Google

malades au sortir de leur crise, et on peut dire que dans aucune psychose l'intervention personnelle du médecin n'est plus indiquée et plus efficace. Sauze a autrefois formulé de très judicieuses indications sur cette sorte de rééducation psychique. Il faut y ajouter tout ce que les progrès des méthodes psychothérapiques nous permettent aujourd'hui de réaliser. J'ai montré à diverses reprises que, dans nombre de cas, on pouvait par la suggestion hypnotique faire disparaître l'amnésie et les idées délirantes consécutives à l'accès et activer ainsi la guérison. »

Digitized by Google

Établissements d'aliénés.

DOCUMENTS D'OUTRE-MER

LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

DE L'ÉTAT DE NEW-YORK EN 1903

Par le Dr A. CULLERRE

En 1896, nous avons donné, dans ce recueil, un résumé de la situation du service des aliénés de l'État de New-York d'après les renseignements fournis par le sixième rapport annuel pour l'année 1893-1894 de la Commission d'État pour l'aliénation mentale. Nous puiserons dans les rapports de cette même Commission pour les années 1901-1902 et 1902-1903, quelques renseignements complémentaires ainsi que des indications sur les progrès accomplis ou projetés depuis cette époque (1).

Nous signalerons tout d'abord la disparition définitive des asiles de comtés et l'unification complète, aux mains de la Commission d'État pour l'aliénation men-

(1) State of New-York; State Commission in lunacy; fourteenth annual report, october 1, 1901, to september 30, 1902 (Etat de New-York; quatorzième rapport de la Commission d'Etat pour l'aliénation mentale, pour l'année du 1er octobre 1901 au 30 septembre 1902). — Quinzième rapport de la même Commission pour l'année 1902-1903. 2 forts volumes in-8° de 1000 pages environ.

Digitized by Google

tale, de tous les organes du service. Rappelons, en passant, que cette Commission, calquée sur le modèle de la Commission anglaise des aliénés, se compose seulement de trois membres, dont un médecin et un légiste, le médecin étant de droit président. Ce rouage administratif paraît fonctionner de la façon la plus heureuse et c'est de sa création que date l'ère des réformes du service des aliénés de l'État de New-York. La Commission d'État poursuit une œuvre de centralisation non seulement dans l'organisation et les règlements des hôpitaux, mais encore dans leur administration même. Ainsi son rapport pour 1901-1902 signale la disparition des Commissions administratives des hôpitaux, condamnées à cause de leur gaspillage et de l'incohérence de leur administration. Leurs pouvoirs ont été transférés à la Commission d'État. L'un de ses premiers actes a été de limiter à 450 dollars par tête le coût des futures constructions destinées aux établissements d'aliénés et de se réserver l'approbation des plans et marchés sous le contrôle du gouverneur de l'État. Les Commissions administratives ont été remplacées par des Commissions de *visiteurs* composées de cinq membres, chargés d'inspecter mensuellement chaque hôpital et de rendre compte de leurs visites aux autorités supérieures.

La Commission d'État, ainsi maîtresse du service des aliénés unifié dans ses mains, propose tout un plan de réformes dont elle présente ainsi le programme :

1° Fonder des pavillons spéciaux pour le traitement des cas aigus dans tous les hôpitaux d'aliénés de l'État.

2° Construire des *hôpitaux psychopathiques* dans la cité de New-York.

3° Approprier, dans les divers hôpitaux généraux des villes, des locaux disposés pour recevoir, en cas d'urgence, les aliénés encore déposés à l'heure actuelle dans les maisons d'arrêt ou établissements analogues.

Digitized by Google

4° Construire des colonies rurales pour aigus et chroniques destinées à remplacer les vieux établissements municipaux de New-York qui doivent disparaître dans un délai prochain.

5° Élever le niveau professionnel des infirmiers et infirmières par l'offre d'avantages plus considérables.

6° Élever également le niveau professionnel médical par l'organisation de l'enseignement de la psychiatrie dans un Institut spécial.

7° Fonder des maisons de convalescence distinctes des asiles pour les malades en voie de guérison ou d'amélioration.

8° Faire l'essai du placement familial pour les aliénés valides et non dangereux.

Dans les rapports que nous analysons, la Commission ne s'appesantit que sur quelques-uns seulement des articles de ce programme et tout particulièrement sur ceux qui sont surtout rendus urgents par l'état d'encombrement qui existe dans tous les établissements d'aliénés de l'État.

En l'espace de dix années, le nombre des aliénés séquestrés s'est élevé d'un quart ; il est passé de 19.000 à 24.000 et le nombre annuel des admissions dépasse 4.500. Le problème soulevé par ce flot montant de la population des hôpitaux d'État, est un de ceux qui préoccupent le plus la Commission. Elle constate qu'il en est de même, non seulement dans les autres États de l'Union, mais aussi dans les pays d'Europe, et trouve à ce phénomène les raisons suivantes : 1° l'accroissement global de la population civile qui entraîne une augmentation proportionnelle du nombre des aliénés ; 2° l'attraction exercée par la métropole sur un grand nombre de candidats à la folie et le débarquement incessant, dans son port, de dégénérés venus de tous les coins du monde; 3° l'hospitalisation de plus en plus fréquente

Digitized by Google

des aliénés inoffensifs qui, auparavant, étaient conservés dans les familles ; 4° la loi en exécution de laquelle nombre de déments et de séniles, 2.000 au moins, ont été transférés des asiles de comtés dans les hôpitaux d'aliénés de l'État.

C'est à cet ensemble de causes qu'il convient d'attribuer l'encombrement qui existe dans tous les hôpitaux. Alors que le nombre de places fixé par les règlements n'est que de 20.000, le nombre des aliénés hospitalisés s'élève à 24.000, ce qui n'a pu se faire qu'en recourant à des expédients condamnables. Toutefois, la Commission s'empresse de reconnaître que cet état de choses n'a eu jusqu'ici aucune conséquence fâcheuse ; l'encombrement se faisant surtout sentir dans les services de chroniques, le rapport des guérisons n'a pas diminué et l'état sanitaire est resté satisfaisant.

Le seul remède est de créer des places, mais en renonçant aux errements passés. Il ne s'agit plus de construire ces immenses bâtisses rappelant les cloîtres moyennâgeux qui ont jusqu'ici servi de modèle pour l'édification des asiles d'aliénés. Il faut que les créations à poursuivre s'inspirent des besoins à satisfaire et des indications fournies par les progrès de la science.

Il importe d'abord de pourvoir à un meilleur système d'admission et de traitement des cas aigus d'aliénation. Dans ce but, la Commission propose la construction d'une série d'*hôpitaux psychopathiques*. Pour la ville de New-York, il en faudrait un de deux cents lits. Des installations de cinquante lits suffiraient dans chacun des hôpitaux d'État existants. Une loi votée en 1902 par la législature stipule qu'il sera construit, à New-York, un hôpital destiné à recevoir un nombre limité d'aliénés ou présumés tels, nécessitant une observation minutieuse et des moyens perfectionnés d'examen et de traitement, et qu'un laboratoire de recherches cliniques et biolo-

Digitized by Google

giques aussi parfait que possible y sera annexé. Il ne s'agit donc plus pour la ville de New-York, tout au moins, que d'obtenir le vote des fonds nécessaires. Il existe déjà à l'hôpital général de Bellevue un pavillon provisoire d'admission qui, bien que défectueux, rend une partie des services qu'on est en droit d'attendre d'un hôpital psychopathique. Il reçoit par an 2.500 malades; mais comme la loi n'y autorise leur maintien que pendant cinq jours au maximum, aucun traitement n'y peut être institué. Les statistiques montrent que beaucoup des individus qui y sont amenés sont si malades qu'ils meurent avant l'expiration du délai. Elles établissent aussi que 8 à 9 pour 100 des personnes admises sont atteintes d'une autre affection que l'aliénation mentale et qu'ils doivent être dirigés sur les hôpitaux ordinaires et non sur les établissements d'aliénés. « On peut affir-« mer, déclare la Commission, qu'un séjour plus pro-« longé des malades admis diminuerait encore de beau-« coup le nombre des individus à évacuer finalement « dans les hôpitaux d'aliénés. Dans l'hôpital psychopa-« thique projeté, qui sera bâti d'après les données les plus « modernes, sur des plans réunissant tous les perfec-« tionnements appliqués à l'étranger, dirigé par les « spécialistes les plus distingués, desservi par un per-« sonnel de choix, pourvu des moyens les plus complets « de traitement, il y a lieu de croire qu'on pourra faire « davantage, pour les cas curables, qu'on n'a fait jus-« qu'ici et que le nombre des malades maintenus en per-« manence dans les hôpitaux d'aliénés sera grandement « diminué. »

En plus des hôpitaux psychopathiques, la Commission propose la création de deux colonies, aux environ d'Albany et de Troy, pouvant contenir chacune 2.000 aliénés. Ces colonies seraient construites d'après le modèle de celles d'Alt-Scherbitz et de Bielefeld, en Europe, et de

Digitized by Google

Craig, aux États-Unis. Voici de quels éléments devront se composer ces établissements ruraux, édifiés sur une vaste surface :

1° Un bâtiment d'administration comprenant les bureaux, l'économat, le laboratoire de recherches cliniques, le logement des employés de bureau ;

2° Le logement du personnel médical;

3° L'habitation du superintendant;

4° Un pavillon de 100 lits pour les infirmières;

5° Un pavillon de 100 lits pour les infirmiers;

6° Une salle des fêtes;

7° Un groupe de constructions dit *industriel*, comprenant cuisines, boucherie, boulangerie, buanderie, ateliers, machinerie avec logements du personnel y attaché;

8° Deux petits pavillons destinés à un ménage et dix malades;

9° Le groupe agricole, ferme, jardins, avec toutes leurs dépendances;

10° Le groupe des infirmeries avec leurs subdivisions;

11° Le groupe affecté au service des cas aigus avec cottages de convalescence;

12° Enfin quatre groupes de cinq pavillons chacun ou cottages pour les chroniques.

Le groupe des infirmeries comprendrait 600 lits, celui des cas aigus 90 et les groupes pour chroniques 800 ; un tel établissement peut réunir, sans inconvénient, 2.000 malades et est susceptible encore de développement.

Un autre desideratum signalé par la Commission avec insistance est la nécessité d'édifier, dans tous les hôpitaux d'État, des pavillons spéciaux pour tuberculeux. Pour la ville de New-York, il faudrait une construction de 300 lits pour desservir tous les établissements d'aliénés

Digitized by Google

de l'énorme cité. Il conviendrait d'élever des pavillons d'un prix modique, ne dépassant pas le coût de 300 dollars par lit, en matériaux économiques, le bois de préférence, que l'on pourrait brûler au bout de quinze ans si une telle mesure était reconnue nécessaire. Cette installation serait préférable au système des tentes actuellement en usage et qui pourtant a donné entre les mains de quelques praticiens, des résultats excellents, non seulement pour les tuberculeux, mais encore pour d'autres catégories d'aliénés, gâteux, malades, blessés, convalescents et même agités.

Le système de la *vie des camps* a été inauguré il y a quelques années pour le traitement des aliénés tuberculeux, par le Dr Macdonald, à l'hôpital de Manhattan-Est, dans l'île de Ward. Les tuberculeux maintenus, hiver comme été, sous des tentes confortablement installées, en ont retiré les plus grands avantages et ce succès indiscutable a excité l'émulation de plusieurs collègues du Dr Macdonald, qui se sont empressés de suivre son exemple, notamment à Binghamton, Willard et Manhattan-Ouest.

Bientôt, en 1901, le Dr Macdonald songea à appliquer son système à d'autres catégories d'aliénés et obtint l'autorisation d'installer sous la tente vingt déments et malpropres parmi les plus affaiblis. Le résultat fut encore des plus remarquables puisque la moyenne de l'augmentation du poids de ces malades dépassa 12 livres.

Un troisième camp fut ouvert à Manhattan-Est pour quarante-trois gâteuses ou démentes, et l'expérience démontra, qu'en définitive, le système de la tente était un procédé simple, propre et efficace, d'hospitalisation pour cette catégorie de malades. Il dégorge les sections dont il diminue les causes de malpropreté, assure une ventilation parfaite et est très avantageux pour l'état

Digitized by Google

général des malades, qui s'y améliore d'une manière invariable.

Enhardi par cet exemple, le Dr Dent, de Manhattan-Ouest entreprit récemment de soumettre à la vie sous la tente une nouvelle catégorie d'aliénés, les cas aigus. Il fit installer deux vastes tentes disposées pour recevoir chacune vingt-cinq lits avec les annexes nécessaires : bains, réfectoire, salle de réunion. On y plaça des aliénés atteints de formes aiguës accompagnées d'excitation et de dépression, et les résultats obtenus sont ainsi présentés dans le rapport de la Commission : « Les « médecins ont constaté que les malades soumis à ce « mode de traitement se calmèrent plus vite que dans « les sections ordinaires : l'amélioration fut surtout sen- « sible chez les agités et les déprimés, Ils sont d'avis « que la durée de la maladie a été abrégée; ils ont noté « une rapide amélioration en ce qui concerne le som- « meil, l'appétit et l'accroissement du poids du corps. « L'examen du sang a montré une rapide augmenta- « tion du nombre des globules rouges et de l'hémoglo- « bine, malgré l'absence systématique de toute médica- « tion appropriée. »

La Commission préconise encore la création de maisons de convalescence situées à quelque distance des hôpitaux existants. Plusieurs de ces établissements ont déjà des fermes plus ou moins éloignées où sont installés des convalescents ou des malades tranquilles. On pourrait, pour ces annexes, adopter le système des tentes. Les hôpitaux achèteraient dans leur voisinage, mais à une certaine distance, quelques portions de terrain dans un site agréable, sur une colline, au bord d'un lac ou de la mer ; on y installerait un camp où seraient dirigés successivement, surtout pendant la belle saison, les malades susceptibles de bénéficier de cette villégiature.

Digitized by Google

Une intéressante installation dans cet ordre d'idées vient d'être faite, avec un plein succès, par l'hôpital de Rochester. Au printemps de 1903, cet établissement prit en location, à une distance de 15 milles sur les bords du lac Ontario, une ferme abandonnée pour y envoyer ses malades convalescents ou améliorés. Les bâtiments, qui tombaient en ruine, furent sommairement réparés et disposés pour recevoir trente personnes. La situation était splendide, dominant d'un côté l'immensité du lac et de l'autre des cultures, des vergers, et des bois.

Pendant les mois de mai et juin, trente-six hommes, par groupes successifs, vinrent s'y installer et y vivre de la vie des champs tout en s'occupant à l'entretien du domaine. En juillet, les hommes rentrèrent à l'hôpital et cédèrent la place à trente femmes, qui y furent remplacées par d'autres jusqu'en septembre.

On essaya même quelques expériences. Une malade qui depuis douze ans n'avait pas quitté le quartier des agitées vint passer quelques jours à la ferme et n'abusa pas de ce privilège ; une autre y vint ensuite passer dix jours.

Quatre-vingt-huit femmes en tout vinrent à tour de rôle séjourner à la maison du lac et en goûtèrent infiniment tous les charmes. Le voyage en tramway, les soins du ménage, la cueillette des fruits, la préparation des aliments, la confection de friandises ou de mets en dehors de l'ordinaire, la vie au grand air, les promenades, les bains dans le lac, tout pour ces pauvres déshéritées fut occasion de plaisir et de joie. Et la grave Commission d'État pour les aliénés, ne reculant devant aucun détail, raconte, non sans une note attendrie, quelles réjouissances résultèrent pour les habitantes de la maison du lac, de certaine « sauce aux pommes vertes » et de « tartes aux baies de sureau » confectionnées en grand

Digitized by Google

mystère par quelques-unes des malades pour la surprise et l'agrément de leurs compagnes.

Le personnel de l'hôpital n'a pas été exclu, et avec juste raison, des avantages de cette heureuse innovation, et chacun de ses membres est venu passer, à tour de rôle, une semaine dans la ferme du bord du lac.

Le rapport, en terminant cette partie de son exposé, met en garde contre un écueil qui menace l'heureuse création de l'hôpital de Rochester; il recommande qu'à l'usage, on ne lui fasse pas perdre son caractère actuel si original et si plein d'heureuses conséquences, en en faisant une annexe pure et simple de l'établissement principal.

Enfin, un point qui préoccupe particulièrement la Commission et les directeurs d'hôpitaux dont elle reproduit les observations ou, mieux, les doléances, c'est le recrutement du personnel secondaire. Il y a vingt ans que fut fondée, à Buffalo, la première école d'infirmières et d'infirmiers; depuis cette époque tous les hôpitaux d'aliénés de l'État en ont créé une; près de mille diplômes ont été délivrés et cependant les obstacles, au lieu de disparaître, semblent s'accumuler chaque jour. « La « difficulté, dit un médecin-directeur, c'est de recruter « des sujets; une fois à l'hôpital on peut encore les « garder; mais on ne les paie pas assez. Comment veut-« on que pour vingt dollars par mois on prétende s'at-« tacher des infirmiers alors que le moins habile des « travailleurs peut gagner au dehors de un dollar et « demi à deux dollars par jour? »— « Je n'ai jamais eu « si peu de demandes », dit un second. « Il en est de « même chez moi », dit un troisième, « et, de plus, « jamais mon personnel n'a été si peu stable. Beaucoup « de nos préposés viennent nous demander des congés « de trois mois; après enquête, on apprend que c'est tout « simplement pour aller essayer des emplois où on leur

Digitized by Google

« promet une rémunération plus élevée. D'autres changent pour le plaisir de changer, par humeur instable; « les moins mauvais demandent à permuter, à changer « d'établissement; ils ne s'attachent pas. » Dans ces dernières remarques, plus d'un de nos lecteurs retrouvera des traits qui ne lui sont pas inconnus, pas plus d'ailleurs que les suivants : « Nous avons, je crois, en « ce moment, dit un autre superintendant d'asile, la « plus pauvre catégorie de travailleurs déclassés que « nous ayons jamais eue. » Les mêmes difficultés se font aussi sentir pour le recrutement des préposés spéciaux, fermiers, jardiniers, charpentiers et autres ouvriers.

A cela quel remède? La Commission n'en voit qu'un : l'élévation des salaires. L'administration propose d'augmenter de 25 p. 100 le traitement de tout employé qui comptera deux ans de service. Mais voici que cette clause restrictive vient, à son tour, introduire dans le personnel un nouveau germe de désorganisation. Ceux qui ne sont pas appelés à bénéficier de l'avantage promis ont répandu dans les hôpitaux une agitation fâcheuse et manifesté leur mécontentement par tous les moyens possibles. Plusieurs ont donné leur démission; il est à craindre que leur exemple ne soit contagieux et que beaucoup ne le suivent. « Qui oserait, dit Labruyère, « se promettre de contenter les hommes ? »

Digitized by Google

Revue critique.

LES FORMES

DE

LA DÉMENCE PRÉCOCE

PAR LES Drs

E. MARANDON DE MONTYEL

Médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard

ET

L. MONGERI

Médecin aliéniste de l'Hôpital royal italien de Constantinople.

La question de la démence précoce est plus que jamais à l'ordre du jour : monographies, revues critiques, thèses de doctorat, etc., s'accumulent. Les idées s'entrechoquent sans que la lumière se fasse encore ; mais il ne faut pas désespérer. Le temps et la discussion aidant, il viendra bien un jour où on verra plus clair sur un sujet où jusqu'ici on ne paraît d'accord ni sur la signification exacte des termes, ni sur le fond même des choses.

En attendant ce jour qui ne semble pas prochain, les *Annales*, qui désirent en hâter la venue, continueront à publier les travaux pour ou contre les diverses manières d'envisager le nouveau type morbide que Kraepelin a plus spécialement étudié, et à propos des limites duquel la bataille est engagée dans tous les pays où les questions de médecine mentale sont l'objet d'ardentes recherches.

Notre savant collègue M. Marandon de Montyel a inséré, dans la *Gazette des hôpitaux* du 17 janvier dernier, un intéressant article sur *les formes de la démence précoce*. Cet

Digitized by Google

article nous a valu une réponse de M. Mongeri. Cette « lettre ouverte » de notre distingué confrère de Constantinople ne pourrait être bien comprise que si sa publication est précédée de celle du travail de notre collègue de Ville-Evrard. Nous publions donc ci-après ces deux documents en commençant par l'article de M. Marandon de Montyel :

La démence précoce de M. Kraepelin, dont M. Deny s'est fait le défenseur dans un beau rapport au Congrès de Pau, n'est ni démence, ni précoce.

I. — La nouvelle entité n'est pas démence puisque, au dire de son inventeur lui-même, elle guérit dans la proportion de 21 p. 100, et que M. Masselon, un de ses plus chauds et distingués défenseurs, a compté 44 p. 100 des sujets qui, sans être, à son avis, complètement rétablis, ont été assez remis pour rentrer dans la société et reprendre leurs occupations, proportion qui, ajoutée à celle de M. Kraepelin, donne 65 p. 100 de ces déments précoces reprenant la lutte pour la vie!

Si bien, remarque M. Serbsky, qu'un groupe pathologique dont le trait fondamental, unique, consisterait dans le passage à la démence, c'est-à-dire à l'affaiblissement intellectuel, se terminerait cependant favorablement et assez souvent; il y aurait démence sans démence! Egalement M. Régis affirme que la démence précoce de M. Kraepelin n'est pas une démence, un affaiblissement intellectuel, et il la range dans le cadre de la confusion mentale qui, elle, peut guérir, sans mentir à son nom, à son origine. Avec lui, à Pau, M. Parant a soutenu que, si la guérison survient sans que les facultés mentales aient été amoindries, ce n'est même plus de la démence. Enfin à ce congrès M. Pactet et son interne, M. Privat de Fortunié, ont été, eux aussi, d'avis que la vraie démence précoce est toujours incurable, contrairement à la doctrine allemande, et que les cas de guérison qui ont été rapportés concernent sans aucun doute d'autres formes vésaniques et en particulier la confusion mentale.

Elle n'est pas davantage précoce, car de l'avis unanime, elle débute à tout âge et M. Sérieux déclare qu'elle est liée à la vie génitale, et qu'il l'a surtout rencontrée chez la femme, à la ménopause, c'est-à-dire

Digitized by Google

après cinquante ans! Au Congrès de Pau, M. Pactet, en son nom et au nom de son interne, M. Privat de Fortunié, a, avec logique, très vivement protesté, car ils estiment, et ils ont raison, que la seule démence précoce est celle survenant exclusivement à l'adolescence et à la première jeunesse.

Et comme M. Kraepelin et ses partisans sont obligés d'avouer que leur démence précoce, dans beaucoup de cas, met dix, douze et quinze ans à détruire l'intelligence, M. Deny et M. Roy ont eu tort de prétendre que le terme précoce était justifié sinon par l'âge, du moins par la rapide arrivée de la déchéance intellectuelle. En réalité, quelle que soit la signification donnée à l'épithète, celle-ci ne saurait s'appliquer à l'affection.

Mais il y a, dans la démence précoce de M. Kraepelin, plus qu'une erreur de dénomination ; car quoi qu'en disent ses partisans, elle n'a aucun symptôme qui lui soit spécial, aucun caractère qui lui soit propre, ni en ce qui concerne l'affaiblissement intellectuel, ni en ce qui concerne le délire.

Cette absence de tout symptôme propre, de tout caractère spécial du délire, sera seule l'objet de ce mémoire. Nous passerons donc successivement en revue ce qu'on a appelé les « formes de la démence précoce » ; elles sont au nombre de quatre : une simple et trois délirantes. J'espère arriver à établir que non seulement elles n'ont, toutes les quatre, rien qui les distingue et justifie la création avec elles d'une nouvelle entité morbide, mais qu'elles constituent en réalité des psychoses depuis longtemps connues et qui, depuis longtemps, ont leur place marquée en pathologie mentale.

Lorsqu'on analyse la démence précoce de M. Kraepelin, remarque M. Serbsky, ce qui saute aux yeux tout d'abord, c'est l'impossibilité dans laquelle on se trouve de déterminer les traits fondamentaux, caractéristiques de ce groupe morbide ainsi que l'élément qui unifierait les phénomèmes cliniques les plus divers, présentant un véritable chaos. Et il termine en déclarant que la description générale de la maladie, telle qu'elle est donnée, nous frappe par le peu de précision des symptômes et le vague du tableau clinique. Rien de plus vrai, et nous allons le démontrer par une étude

Digitized by Google

rapide et exacte des quatre formes décrites par les partisans de la nouvelle entité.

La *forme simple* est définie par M. Masselon : un affaiblissement progressif des facultés psychiques, sans que la période d'état soit marquée par l'explosion d'accidents aigus ou catatoniques. Elle est caractérisée pour M. Sérieux par un amoindrissement progressif des facultés, sans que le début du mal soit marqué par une explosion délirante comme dans les trois autres formes. Mais c'est tout simplement la *démence d'emblée* des vieux auteurs, qui, si elle survient de préférence chez les jeunes gens et chez les vieillards à cause de la moindre résistance du cerveau, se montre aussi à tous les âges, même chez les indemnes de toute tare vésanique, puisque c'est un simple trouble en moins. Elle n'est pas rare comme conséquence des infections, de certains empoisonnements chroniques, passionnels ou professionnels, alcool et morphine parmi ceux-là, plomb et sulfure de carbone parmi ceux-ci, du traumatisme cranien et de la commotion cérébrale par contre-coup ou de l'insolation. En 1903, dans mon mémoire de la *Revue de médecine* sur les troubles intellectuels dans l'impaludisme, j'en ai rapporté deux cas très en détail. Alors mon condamné militaire et mon mécanicien de la marine étaient des déments précoces, l'un à trente-cinq ans, et l'autre à cinquante-sept ans? Qu'ont-ils donc présenté de particulier qui justifie ce classement? Pas l'âge, dans tous les cas!

Chez les jeunes gens, M. Bourneville, M. Christian et M. Charpentier ont rapporté des cas très nets dans lesquels les facultés, sans troubles sensoriels ni délirants, ont baissé progressivement jusqu'à la démence confirmée avec plus ou moins de rapidité. La symptomatologie et l'évolution sont donc les mêmes quel que soit l'âge des malades et quelles que soient les origines du mal. Que la psychose survienne à trente-cinq ans, à cinquante-sept ans, à la suite de l'impaludisme comme chez mes deux sujets, ou avant vingt ans amenée par le surmenage comme chez ceux du savant médecin de Charenton, il n'est pas possible de la différencier, pas même à l'aide de l'évolution, car il est des cas tardifs où, sous l'influence d'une cause puissante, la déchéance

Digitized by Google

intellectuelle est aussi foudroyante que chez un jeune homme. La prétendue forme simple de la démence précoce de M. Kraepelin est donc connue et classée depuis longtemps ; Pinel et Esquirol la connaissaient et les partisans de la nouvelle entité morbide n'ont rien ajouté à leur description qui justifie leur prétention de faire d'elle la forme simple de celle-ci.

Les trois autres formes sont délirantes ; mais pour qui lit avec impartialité les observations publiées par M. Kraepelin et ses partisans, toutes les trois ne sont que des cas de folie dégénérative, presque toutes avec confusion mentale, surtout avant vingt-cinq ans. M. Magnan, en effet, a eu le mérite, comme on sait, de démontrer que si les vésanies ordinaires peuvent survenir chez les sujets atteints d'une prédisposition dégénérative par hérédité ou acquisition avant ou après la naissance, grâce au terrain psychique sur lequel se développent ces psychoses, elles se présentent avec des allures particulières qui permettent de reconnaître ce terrain. Dans mon mémoire sur la prédisposition en étiologie mentale publié par le *Journal de neurologie*, dans ses deux numéros de juillet 1904, j'ai rapporté en toute sincérité et en détails ces allures particulières telles que me les a montrées une pratique déjà longue de trente ans. Maintenant, je vais résumer très fidèlement les descriptions qu'ont données chez nous des formes délirantes de la démence précoce de M. Kraepelin, d'après cet illustre aliéniste et d'après leurs propres constatations, M. Sérieux et M. Masselon, et j'espère que tous seront frappés de la ressemblance extrême, je pourrais même dire de l'identité, de celles-ci avec les folies dégénératives.

Tout d'abord, il est remarquable que l'état conscient est loin d'être rare dans la démence précoce de M. Kraepelin. Dans *beaucoup* de cas, reconnaît le célèbre professeur de Heidelberg, *la conscience reste parfaitement nette pendant longtemps*, et c'est durant les périodes d'excitation et de stupeur qu'elle *peut* se trouver *temporairement* troublée.

M. Masselon a également constaté cette présence de l'état conscient, et il en cite un exemple dans son beau volume sur la démence précoce.

Digitized by Google

Rien que cette constatation de l'état conscient aurait dû mettre M. Kraepelin et ses partisans en garde et leur inspirer des doutes sur l'origine accidentelle qu'ils attribuent à la nouvelle entité. Ont-ils donc jamais vu une psychose accidentelle être une folie consciente? C'est là, au contraire, une des preuves les plus sûres de l'origine dégénérative et partant constitutionnelle du mal. Seuls, les aliénés très tarés sont conscients d'une modification anormale de leur psychique. Et le doute n'est plus possible, quand, à cet état conscient, s'ajoutent, comme dans leurs trois formes délirantes, ainsi que nous allons tout de suite le montrer, la brusquerie excessive du début; le polymorphisme du délire soumis à aucune règle avec assemblage simultané des conceptions délirantes les plus disparates, mélange d'idées tristes, d'idées ambitieuses, d'idées hypochondriaques et d'idées mystiques; les transformations incessantes de ce délire; la mobilité kaléidoscopique des conceptions délirantes et des hallucinations; la contradiction des unes et des autres d'un moment à l'autre; le passage successif et irrégulier par des périodes de vive excitation et de dépression marquée; la fixité au contraire momentanée à la *manière des tics* de certains troubles intellectuels ou sensoriels, enfin un ton émotionnel, détail aussi caractéristique que la conservation de la conscience qui n'est pas en rapport avec les idées émises, ton émotionnel presque toujours indifférent et même parfois en complète contradiction avec le délire. C'est-à-dire toutes les manifestations que M. Magnan, depuis longtemps déjà, a démontré appartenir aux folies dégénératives et permettre de reconnaître le terrain de dégénérescence sur lequel elles ont germé.

Comment nier celle-ci et l'origine constitutionnelle de l'affection quand toutes ces allures si particulières se trouvent réunies et que le malade, en outre, en est conscient, tout au moins en partie? Or, tel est précisément le cas dans les descriptions qui suivent.

II. — La forme délirante appelée *hébéphrénique*, c'est-à-dire de la puberté, quoique au dire de tous elle éclate par une nouvelle contradiction à tout âge, a parmi ses signes caractéristiques, écrit M. Sérieux dans sa belle revue critique de 1902, d'accord avec M. Krae-

Digitized by Google

pelin et M. Trummer, l'incohérence du langage parlé et écrit que distingueraient la permanence de la construction grammaticale, la richesse en mots insolites, prétentieux ou étranges et les néologismes ; puis aussi la marche en dandinant, en dansant, en rampant, accroupie, en se pavanant, en sautillant, en traînant les pieds. Mais il n'est pas rare d'observer de jeunes maniaques de vingt à vingt-cinq ans qui présentent tous ces symptômes considérés par mon distingué collègue de Ville-Evrard comme caractéristiques de la nouvelle entité ; cette incohérence, telle qu'il l'a décrite, et ces allures bizarres et qui néanmoins guérissent en huit ou dix mois par une évolution régulière et cyclique de la psychose simple dont ils sont atteints. J'en ai observé un certain nombre, en province surtout, où les folies simples, pour des raisons que je n'ai pas à développer ici, sont bien plus fréquentes qu'à Paris. Il n'y a donc là en réalité rien qui soit spécial à la démence précoce allemande.

M. Masselon définit cette première forme délirante : *des états de dépression* et *d'agitation* caractérisés par des troubles délirants *polymorphes*, extrêmement *confus*, *sans tendance à la systématisation*, à base d'hallucinations ou d'interprétations délirantes et accompagnées de *confusion* et d'*imprécision* dans les idées qui, le plus souvent, tendent avec rapidité vers la démence complète et incurable. Il reconnaît que la maladie débute parfois par des *conceptions délirantes polymorphes rappelant le délire polymorphe des dégénérés* et que *le polymorphisme en est un caractère important* avec état d'*imprécision* des conceptions délirantes. *Les états de dépression alternent avec les états d'agitation*. Toutes les idées, toutes les réactions sont *excessivement mobiles* ; *à l'état de dépression et de tristesse succède un état de satisfaction et d'expansion*, *et réciproquement*. Les hallucinations se *succèdent sans ordre*, *sans forme de système*, *effrayantes ou réconfortantes*, *très mobiles*. Elles engendrent les conceptions délirantes les plus *variées* qui se *mêlent*, *se choquent dans l'esprit* du malade, créant un *chaos mental indescriptible*. Peu à peu le délire *n'éveille plus d'émotions bien fortes* et l'on *observe une contradiction entre l'attitude et le délire* ; on peut voir alors

Digitized by Google

emettre des idées hypocondriaques ou de persécution, d'un air satisfait; puis souvent encore exprimer les idées délirantes d'un *air indifférent et complètement détaché*. Le caractère est *très mobile*.

J'ai tenu à rapporter dans tous ses détails la si complète description de M. Masselon, car notre distingué collègue la donne comme caractéristique de la forme délirante hébéphrénique de la démence précoce de M. Kraepelin, d'après les constatations de cet aliéniste et les siennes ; or, tout lecteur impartial reconnaîtra qu'elle découle d'une observation aussi exacte que minutieuse, mais qu'elle est absolument identique à celle de la folie dégénérative formulée déjà longtemps avant la grande découverte allemande par M. Magnan et ses élèves. Je me suis permis de souligner les ressemblances.

Si nous passons à la deuxième forme délirante qui *est la forme paranoïde*, nous constatons une analogie encore plus grande, si possible, avec le délire des dégénérés. Aussi M. Sérieux, comme gêné par cette identité, insiste peu dans sa revue sur elle et cite les appréciations suivantes de M. Séglas qui s'appliquent admirablement à la psychose dégénérative. Les conceptions délirantes, déclare le savant aliéniste de la Salpêtrière, *par leur multiplicité*, *leur mobilité*, *leur niaiserie*, *leur extravagance*, égalent, si même elles ne dépassent pas celles du paralytique général. Il ajoute que c'est très exceptionnellement et seulement au début qu'elles s'associent à une réaction quelconque. D'ordinaire le malade est *indifférent* ou même *invariablement satisfait et béat*. Que demander de plus ?

M. Masselon n'insiste pas non plus beaucoup sur cette forme paranoïde. Il signale que ce qui la différencie de la précédente c'est une certaine tendance à la systématisation; les hallucinations et les conceptions délirantes ont plus de fixité, mais il reconnaît cependant qu'elles sont également *polymorphes comme dans la forme précédente* et que d'ailleurs à part cette tendance à une légère fixité, *ses caractères sont les mêmes*.

Cette fixité, M. Masselon l'a constaté comme les autres observateurs du reste, n'est pas permanente ; au

Digitized by Google

milieu du polymorphisme et de la mobilité des hallucinations et des conceptions délirantes, on voit les malades, durant un certain temps plus ou moins long, parfois même assez long, faire comme un choix parmi elles et manifester pour ainsi dire automatiquement rien que certains des troubles sensoriels et délirants. Mais c'est là encore un caractère hautement dégénératif que l'Ecole de l'admission depuis longtemps a très bien mis en lumière et qui constitue les *tics psychiques* du dégénéré. Nous avons là par conséquent dans cette forme paranoïde une preuve sérieuse de son origine dégénérative et constitutionnelle, et la preuve de l'identité de cette forme de la démence précoce de M. Kraepelin avec la folie dégénérative deviendra complète, quand nous aurons ajouté avec M. Clauss que les états paranoïdes de la nouvelle entité arrivent surtout quand le sensorium est peu entrepris et que, comme le délire des stades paranoïdes est surtout à base d'interprétation délirante, il ne se comprend pas *sans une certaine conservation de la conscience.*

Enfin, une autre particularité que relève le savant aliéniste est aussi bien spéciale aux psychoses des dégénérés. Il rappelle que l'*état de conscience*, qui existe pendant la phase paranoïde, doit beaucoup être pris en considération, car plus la conscience est entreprise, plus l'état se rapproche du sommeil, plus grande sera la probabilité d'y voir succéder la démence qui suit surtout les états crépusculaires délirants. En effet, plus la conscience sera nette, plus la vésanie sera dégénérative et plus par conséquent elle aura chance de ne pas avoir une terminaison démentielle et de guérir, puisqu'il est de règle que les vrais dégénérés d'ordinaire guérissent et dans tous les cas ne deviennent jamais déments. La preuve n'est-elle pas faite de l'identité absolue avec la folie dégénérative de la forme paranoïde de la démence précoce de M. Kraepelin ?

Mais M. Deny a découvert deux caractères spéciaux aux déments précoces délirants de M. Kraepelin. A la période de calme, ces malades, à son dire, diffèrent de ceux qui sont réellement en état de dépression ou de stupeur, parce que, à l'encontre de ceux-ci, brusquement, instantanément, ils s'élancent hors de leur lit et

Digitized by Google

recommencent à faire des excentricités. Mais le fait est fréquent chez les confus qui guérissent en quelques mois complètement, non seulement quand la confusion mentale est au deuxième degré du professeur Ball, mais encore qu'elle atteint le troisième ou stupidité. Le fait a même joué un rôle considérable dans la célèbre discussion entre les défenseurs, comme Delasiauve, de la vieille stupidité de Georget et les partisans de la lypémanie stupide que Baillarger avait découverte. Ces confus et ces stupides, comme les déments précoces de M. Deny, brusquement, instantanément s'élancent hors de leur lit et recommencent à faire des excentricités ; il y en a même qui commettent des tentatives de suicide ou se livrent à des actes de violence. Or, je le répète, ils sont si peu déments qu'un traitement de quelques mois, de l'avis général, suffit à les rétablir complètement tous ou presque tous. Nous en avons vu des quantités. Se baser sur ce phénomène pour diagnostiquer la démence précoce et porter le pronostic d'incurabilité serait donc s'exposer à des erreurs nombreuses et très regrettables.

Le second caractère spécial qu'invoque le rapporteur du Congrès, n'a pas plus de valeur clinique spéciale que le précédent. Ce caractère est, que si les états d'excitation et de dépression peuvent s'observer en dehors de la démence précoce allemande, c'est seulement dans cette affection qu'ils se présentent sans relations avec des idées délirantes ou des hallucinations et indépendamment des troubles émotionnels. Et la stupidité de Georget, demanderai-je à M. Deny, qu'en fait-il ? Il sait cependant très bien que la psychose est uniquement constituée, comme l'a si bien décrite M. Etoc-Demazy, par une dépression psychique confuse qui peut présenter les trois degrés signalés par Ball, *sans aucun désordre ni des sensations, ni de l'émotivité, sans jamais, partant, aucune conception délirante.*

En effet, pour Georget qui, le premier, la décrivit, elle était la suspension des facultés cérébrales, la confusion des idées, l'obtusion de l'intelligence ; pour Ferrus, l'abolition ou plutôt la suppression rapide, apyrétique et *curable* de toutes les facultés cérébrales ; pour Delasiauve, une torpeur intellectuelle, une absence

Digitized by Google

plus ou moins absolue d'idées, une entrave ou une abolition de l'exercice de la pensée.

Or, si nous prenons les deux dernières descriptions données de l'affection, qu'y lisons-nous? M. Séglas déclare qu'il s'agit d'un trouble psychique caractérisé par la confusion des idées, la désorientation dans le milieu et dans le temps, l'incohérence; pour M. Anglade, la caractéristique essentielle du mal est la confusion des idées, qui peut aller jusqu'à l'état de stupidité par l'impossibilité de coordonner ces dernières et aussi d'associer les sensations de façon à réaliser une perception correcte et nette du milieu extérieur. Dans toutes ces descriptions, dans les anciennes comme dans les plus récentes, il n'est question ni d'hallucinations, ni d'illusions, ni de troubles émotifs, ni de conceptions délirantes. Or, les malades atteints de cette variété mentale qui seraient des déments condamnés à l'incurabilité d'après le caractère spécial qu'a découvert M. Deny, rentrent au contraire dans la catégorie des aliénés les plus curables, comme l'affirmait déjà Ferrus.

Voilà pour la dépression; pour l'excitation, je rappellerai les dégénérés maniaques qui ont plus le besoin *non motivé* d'agir que le besoin de parler, plus un délire de mouvements qu'un délire de paroles; il peut même arriver que cette tendance *sans motif aucun* à commettre des actes étranges, à gesticuler, à grimacer, à marcher, constitue pendant un certain temps presque toute la psychose maniaque. Tout dernièrement, j'en ai eu un dans mon service, très remarquable à cet égard, et qui a complètement guéri en huit mois.

D'ailleurs le professeur Ball a insisté sur le *besoin* tumultueux de mouvement qui porte beaucoup de maniaques à s'abandonner sans retenue à des actes désordonnés ou incoordonnés, et il mettait en parallèle cette excitation *non motivée*, *automatique*, des centres moteurs cérébraux, avec celle des centres psychiques. M. Anglade constate également dans le très complet chapitre qu'il vient d'écrire, que le maniaque s'agite sans cesse et *sans but*. Inutile d'ajouter, chacun le sait, que, comme les confus, les maniaques sont les plus curables des aliénés.

Les deux caractères que signale M. Deny ne sont

Digitized by Google

donc pas du tout spéciaux à sa démence précoce délirante !

III. — Nous n'avons pas à nous arrêter très longuement sur la troisième et dernière forme qui est *la forme catatonique*. C'est pourtant elle qu'invoquent surtout les partisans de la nouvelle entité morbide à l'appui de leur opinion. D'après M. Kraepelin, il faut entendre sous le nom de *variété catatonique* de sa démence précoce des états particuliers de stupeur et d'agitation aboutissant, le plus souvent, à la démence et accompagnés de stéréotypie, de négativisme et de suggestibilité.

Quand Kahlbaum décrivit pour la première fois la catatonie avec les trois manifestations spéciales que nous venons d'indiquer, il en fit une entité morbide et nombreux furent les aliénistes, principalement ses compatriotes, qui l'acceptèrent avec enthousiasme. Aujourd'hui, il est démontré, grâce surtout au superbe rapport si richement documenté de M. Clauss au Congrès de Bruxelles en 1903, et à la discussion qu'il inspira, que la catatonie n'est qu'un syndrome et un *syndrome dégénératif* qui peut se présenter dans toutes les maladies mentales. Le fait aujourd'hui est indéniable.

MM. Séglas et Chaslin, dans leur savante revue critique de 1898, l'ont condamnée en tant qu'entité morbide et lui accordent seulement le rôle d'une simple manifestation de la stupeur, simple ou symptomatique, dont elle ne serait qu'une variété en rapport plus étroit avec un *terrain dégénératif*. De même plus tard, M. Roubinovitch a déclaré formellement dans son livre si instructif *Sur la folie en France et en Allemagne*, que les symptômes indiqués par M. Kahlbaum comme pathognomoniques de son entité s'observent dans un grand nombre d'affections mentales et que les observations publiées sous ce nom correspondent aux formes mentales les plus disparates. L'an dernier, M. Serbsky a combattu vivement la catatonie, déclarant qu'il ne croyait pas logique de rapporter tous les cas à la démence précoce de M. Kraepelin, car le complexus symptomatique catatonique s'observe dans les formes mentales les plus diverses et en dehors de la démence précoce. M. Lemaitre, dans sa thèse si complète de 1895,

Digitized by Google

déclare catégoriquement que la maladie de Kahlbaum n'existe pas, vu que les états catatoniques se développent dans la plupart des maladies mentales, *surtout dans le délire des dégénérés.*

Mais ce n'est pas seulement en France que la catatonie est repoussée comme entité morbide. Nous avons rapporté plus haut l'opinion de M. Serbsky. En Belgique, deux aliénistes fort distingués, cliniciens de haute valeur, M. Clauss et M. Crocq, n'acceptent pas, eux non plus, l'entité catatonique. Le premier a déclaré au Congrès de Bruxelles, qu'il persistait dans l'opinion qu'il avait émise à la Société de médecine mentale, à savoir que l'ensemble des symptômes catatoniques se rencontre *surtout dans les folies dégénératives* ; le second considère la catatonie comme un syndrome pouvant compliquer diverses espèces de folie et n'ayant pas la valeur d'une entité morbide. Enfin, en Italie, le célèbre professeur Tamburini se demande si les cas décrits comme typiques méritent vraiment de constituer une forme morbide spéciale, et il ne le croit pas, car il a constaté ailleurs les phénomènes catatoniques.

Ainsi, à l'étranger comme en France, nombreux sont les aliénistes éminents qui considèrent la catatonie comme un simple syndrome et un syndrome dégénératif. Pour ma part, je l'ai observée, moi aussi, dans toutes les psychoses, *chez les dégénérés*. Inutile donc d'insister plus longuement, la forme catatonique de la démence précoce de M. Kraepelin rentre sans conteste comme les deux précédentes dans le cadre des folies dégénératives. D'ailleurs, M. Deny est obligé d'avouer que tous les troubles moteurs de la catatonie sont loin d'être pathognomoniques et s'observent dans beaucoup de maladies mentales ; mais d'après lui, c'est seulement dans la démence précoce dont il s'est fait le défenseur qu'ils atteignent leur plus haut degré de développement et se présentent à l'état de phénomènes élémentaires, automatiques, qui ne s'expliquent, comme le fait remarquer M. Séglas, qu'à condition de tenir compte du fond mental dont ils relèvent. M. Séglas est dans le vrai; mais ce fond mental est précisément *la dégénérescence,* ainsi qu'il l'a indiqué lui-même. Aussi, n'est-ce pas seulement chez les déments précoces de M. Krae-

Digitized by Google

pelin, comme l'affirme M. Deny, que la catatonie est très accusée; elle peut l'être également chez tous les aliénés quels qu'ils soient, même chez les épileptiques, les hystériques et aussi les paralytiques généraux, si leur tare dégénérative est très marquée. Je m'en suis maintes et maintes fois assuré.

La similitude absolue avec les folies dégénératives des trois formes délirantes de la démence précoce de M. Kraepelin est donc évidente, et les partisans de la nouvelle entité l'ont si bien compris, qu'ils ont amputé sans vergogne la pathologie mentale de celles-ci. Par malheur, ils n'ont pas songé que plus encore pour les dégénérés est vraie l'affirmation de M. Christian que jamais les vrais héréditaires ne deviennent déments. Ce n'est pas seulement, en effet, les deux tiers, comme pour leurs prétendus déments précoces, qui sortent de l'asile et reprennent la vie commune, mais la presque totalité. Aussi quand ils disent que c'est la démence précoce allemande que nous décrivons comme folie dégénérative, ils avouent, par là même, que c'est cette démence précoce allemande qui n'existe pas, puisque celle-ci devrait être toujours à terminaison démentielle incurable, tandis que celle-là ne l'est jamais.

Mais il semble que les défenseurs de la nouvelle entité morbide ont conscience de toute la fragilité de leur échafaudage psychique, et ils s'efforcent de l'étayer à l'aide d'un ensemble de symptômes physiques, qu'ils prétendent appartenir en propre à leur démence précoce et exclusivement à elle. Ils lui appartiennent en propre et exclusivement comme les particularités mentales que nous avons examinées, car ils sont d'une grande banalité.

M. Masselon reconnaît d'ailleurs très franchement qu'aucun des multiples signes physiques qui ont été invoqués, n'est pathognomonique ; que beaucoup d'entre eux sont inconstants, variables chez le même sujet, et qu'on observe les troubles des réflexes dans les autres psychoses, et aussi, ajouterai-je, la dermographie ainsi que les troubles pupillaires qu'invoquent surtout nos adversaires. Dans un mémoire qu'ont publié les *Archives de neurologie* en 1900, j'ai prouvé à l'aide de faits très nombreux que, dans toutes les vésanies, les réac-

Digitized by Google

tions de la peau étaient ou normales, ou exagérées, ou affaiblies, ou même éteintes selon les sujets. Ce sont donc eux qui les modifient et non la maladie mentale dont ils sont atteints. Je suis arrivé aux mêmes résultats pour les troubles pupillaires que j'ai étudiés en 1901 avec beaucoup de soin dans leurs moindres détails à la suite de la thèse de M. Mignot, aide précisément de M. Masselon. Mais les partisans de la démence précoce allemande ont la ressource de me répondre qu'il n'est pas étonnant que M. Masselon, devenu depuis un des plus chauds et des plus distingués d'entre eux, et moi nous ayons trouvé des altérations des réactions de la peau et des pupilles dans toutes les psychoses, à tous les âges, avec l'acuité et la chronicité du mal, puisque, à part les paralytiques généraux, tous les aliénés : les maniaques, les mélancoliques, les confus, et même les systématiques d'après le rapport de M. Deny, font partie de leur démence précoce !

Toutefois rendons cette justice au rapporteur du Congrès qu'il est observateur trop consciencieux et clinicien trop expérimenté pour n'avoir pas été frappé, malgré l'enthousiasme que lui inspire la nouvelle entité morbide, de toute la banalité de ces symptômes qu'on ose comparer à ceux de la paralysie générale. Il a eu le courage et la franchise qui lui font honneur de déclarer dans son rapport qu'il ne fera guère que les mentionner, car malgré les minutieuses investigations dont ils ont été l'objet depuis quelques années, les troubles physiques de la démence précoce n'ont pas encore acquis une réelle valeur sémiologique. Cette fois je partage absolument son opinion, et je suis heureux de pouvoir l'approuver sans réserve. La cause de la démence précoce, me semble-t-il, est entendue.

Voici maintenant la « Lettre ouverte » de M. Mongeri :

Digitized by Google

A M. le Dr Marandon de Montyel, médecin en chef de Ville-Evrard.

« La démence précoce de M. Kraepe-
« lin, dont M. Deny s'est fait le défen-
« seur dans un beau rapport au Congrès
« de Pau, n'est ni démence ni précoce.»
(*Gaz. des. Hôp.*)
Dr MARANDON DE MONTYEL.

MONSIEUR ET CHER CONFRÈRE,

Je viens de lire dans la *Gazette des Hôpitaux* de Paris, n° 6, 17 janvier 1905, votre article sur la Démence précoce, et comme vous niez catégoriquement l'existence de cette forme mentale, je me permets de vous adresser la présente pour vous exprimer certains doutes qui ont surgi dans mon esprit, en vous lisant.

Et tout d'abord, permettez-moi de vous faire remarquer que vous commencez votre article par une erreur de calcul qui n'est pas sans importance et qui n'a pas été rectifiée, que je sache, dans les numéros suivants de la *Gazette*.

« La nouvelle entité, dites-vous, n'est pas démence,
« puisque, au dire de son inventeur lui-même, elle gué-
« rit dans la proportion de 21 p. 100 et que M. Masse-
« lon, un de ses plus chauds et distingués défenseurs,
« a compté 44 p. 100 de sujets qui, sans être, à son
« avis, complètement rétablis, ont été assez remis pour
« rentrer dans la société et reprendre leurs occupations,
« proportion qui, *ajoutée à celle de M. Kraepelin, donne*
« *65 p. 100* de ces déments précoces reprenant la lutte
« pour la vie. »

Je me demande pourquoi on doit ajouter le pourcentage des guéris du Dr Masselon à celui du professeur Kraepelin ? Ces deux messieurs jugent-ils de la même façon que quelqu'un est guéri ou non guéri ? Mais en tous cas, même si on admet que ces messieurs ont les mêmes principes et qu'on additionne les guéris de l'un à ceux de l'autre, on aura *65 p. 200* et non 65 p. 100. En effet, si nous renversions les termes et que nous basions nos calculs sur les non guéris, nous ne pourrions pas dire que, puisque M. Kraepelin a 79 p. 100 de ses déments précoces qui ne guérissent pas et M. Masselon

Digitized by Google

56 p. 100, il résulte que **35 p. 100** de ces malades ne se remettent pas ! Et puis, mon cher confrère, vous le dites vous-même, 44 p. 100 des sujets de M. Masselon n'étaient pas rétablis. Quant au professeur Kraepelin, il ne paraît pas qu'il ait affirmé que 21 p. 100 de ses déments précoces guérissent complètement. Au contraire, dans un de ses ouvrages les plus récents, il dit que l'état de démence complète est le résultat final de la démence précoce, *et quant aux cas de soi-disant guérison, il est encore bien douteux si on peut affirmer que la démence précoce est susceptible de guérir d'une manière complète et durable dans le sens scientifique du mot* (1).

Ainsi donc, ni M. Masselon ni M. Kraepelin n'admettent positivement que la démence précoce guérisse. Ils affirment même implicitement le contraire. Il y a des cas, il est vrai, où on voit le malade étiqueté du nom de *dément précoce* perdre petit à petit les symptômes frappants de la maladie et reprendre même ses occupations. Mais que l'on examine minutieusement ce malade et l'on rencontrera certainement en lui une insuffisance mentale, que souvent pourront apprécier ceux-là seulement qui vivent continuellement avec lui ou bien le voient dans certaines circonstances difficiles de la vie dans lesquelles il doit montrer de l'activité et de la résistance psychiques.

Or, comment doit-on appeler cet affaiblissement intellectuel, sinon par le nom classique de démence?

Donc la forme mentale décrite par M. Kraepelin, sous le nom de démence précoce, est bien une *démence*.

Elle n'est pas précoce, dites-vous, « car de l'avis unanime elle débute à tout âge ».

D'après M. Kraepelin (2), et son opinion est partagée par beaucoup d'auteurs, dans 60 p. 100 des cas, la démence précoce débute avant la vingt-cinquième année, et elle est très rare après trente ans. Mais, me direz-vous, vous admettez qu'il y a des cas qui se montrent après la trentaine. — Certes, oui. — Mais cela n'est pas,

---

(1) Kraepelin. *Introduzione alla Clinica psichiatrica* (trad. italienne), Milan, 1904, p. 23-24.

(2 Kraepelin. *Lehrbuch d. Psychiatrie.*

Digitized by Google

à mon avis, une raison suffisante pour trouver inexact l'attribut *précoce*, que M. Kraepelin a donné à cette forme de démence.

Ne nous arrive-t-il pas souvent de constater des troubles séniles chez des individus relativement jeunes? Ne voyons-nous pas maintes fois des individus qui viennent à peine de dépasser la cinquantaine devenir des déments séniles. Devons-nous pour cela prétendre que l'attribut sénile est inexact, ou bien nier l'existence de cette forme morbide? Cette anomalie n'est pas d'ailleurs spéciale à la psychiatrie; bon nombre de maladies se rencontrent surtout dans l'enfance et la première jeunesse : par exemple, la tuberculose miliaire, la scarlatine, la rougeole, etc.; on peut cependant les rencontrer aussi chez les vieillards. Il n'est donc pas dit que, parce qu'exceptionnellement on constate quelques cas de démence précoce dans l'âge mûr et même dans la vieillesse, on doive nier l'existence de cette forme mentale.

La lenteur avec laquelle elle procède, dans certains cas, pour détruire l'intelligence, n'est pas une raison suffisante pour affirmer que la démence précoce ne l'est pas en effet. Les écoles psychiatriques de tous les pays sont d'accord pour appeler démence tout affaiblissement intellectuel acquis, de n'importe quel degré. Or, si dans certains cas de démence précoce, l'affaiblissement intellectuel procède lentement, cela ne veut pas dire que la démence n'a pas été précoce. Elle sera incomplète au début et pourra rester telle pendant toute la vie du sujet, ou bien progresser plus ou moins rapidement jusqu'à l'amener à la perte totale de son intelligence, peu importe; l'état démentiel a commencé au moment où s'est montré l'affaiblissement intellectuel.

Ainsi donc l'expression « précoce » de Kraepelin est très juste lorsqu'elle s'applique à des sujets qui ont commencé dans la jeunesse à présenter des symptômes d'affaiblissement intellectuel, après avoir eu une enfance très normale, alors même que cet affaiblissement aurait progressé très lentement et aurait employé « dix, douze et quinze ans à détruire l'intelligence ». Il n'y a donc pas erreur de dénomination dans la forme décrite par M. Kraepelin.

Digitized by Google

Passons maintenant en revue les objections que vous faites contre ce qu'on a appelé les *formes de la démence précoce.*

Par votre article vous « espérez arriver à établir que « non seulement elles n'ont, toutes les quatre, rien « qui les distingue et justifie la création avec elles d'une « nouvelle entité morbide, mais qu'elles constituent en « réalité des psychoses depuis longtemps connues et « qui depuis longtemps ont leur place marquée en « pathologie mentale ».

Etudions d'abord la définition de la démence précoce qui vous « frappe par le peu de précision des symptômes et le vague du tableau clinique ».

Il me semble qu'on peut parfaitement, en peu de mots, définir la démence précoce : *un affaiblissement mental permanent, plus ou moins complet, accompagné, surtout à ses débuts, d'autres troubles psychopatiques* (hallucinations, idées délirantes, actes impulsifs), *et qui se développe chez les jeunes.*

Rien ne peut être plus catégorique! Et il faudrait beaucoup de bonne volonté pour confondre cette forme mentale ainsi définie avec d'autres déjà existantes.

Vous trouvez une identité entre la forme simple de la démence précoce et la *démence d'emblée* des vieux auteurs. Cela peut bien être. Malheureusement, dans les livres que je possède, je n'ai pu trouver la description de cette forme, et, vivant dans un pays où il n'existe pas de bibliothèque médicale, je n'ai pu consulter d'autres auteurs pour la trouver. Il me semble pourtant comprendre, d'après ce que vous dites dans votre article, que la démence d'emblée était commune aussi chez les vieux ; tandis que, par contre, la démence précoce, comme le démontrent différentes statistiques est très rare après trente ans.

Quant aux affaiblissements psychiques qui suivent les empoisonnements chroniques ou professionnels, les données anamnestiques doivent, il me semble, être suffisantes pour nous aider à poser le diagnostic différentiel. Et je ne veux pas croire qu'on puisse classifier un malade comme dément précoce, par le fait seul qu'il y a affaiblissement intellectuel sans aller à la recherche de données anamnestiques précises.

Digitized by Google

Vous affirmez encore que la démence précoce allemande et la folie dégénérative décrite par M. Magnan sont absolument identiques. Je ne partage pas votre opinion. En effet, les folies dégénératives ne se montrent que chez les dégénérés cérébraux, et plus la « vésanie « est dégénérative, plus elle a chance de ne pas avoir « une terminaison démentielle ou de guérir, puisqu'il « est de règle que les vrais dégénérés d'ordinaire gué- « rissent et dans tous les cas ne deviennent jamais « déments ». Il n'est pas de même pour la démence précoce qui, au contraire, frappe des individus qui jusque-là n'avaient rien présenté d'anormal ni dans leurs antécédents héréditaires, ni dans les personnels, et se termine toujours comme nous l'avons vu déjà, par un état démentiel plus ou moins complet.

Quant à la forme catatonique, pour ma part je partage votre opinion et ne la reconnais pas comme une véritable *entité morbide*. Je reconnais pourtant que c'est un symptôme que l'on rencontre très souvent dans la démence précoce, au point de pouvoir l'admettre comme un des plus communs.

Je m'arrête, car il me semble avoir assez prouvé que la démence précoce est réellement une forme morbide spéciale, quoiqu'elle ne soit pas encore bien décrite ni étudiée dans certains détails.

En terminant, je vous prie, Monsieur et cher confrère, d'excuser la liberté que j'ai prise de vous adresser cette lettre ; elle est, croyez-le, un signe de la grande estime que j'ai pour vous, et je l'ai écrite parce que j'ai cru qu'il était plus loyal de vous faire savoir directement les raisons pour lesquelles je ne partageais pas vos opinions.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, avec les sentiments de ma haute considération, mes salutations les plus distinguées.

Dr L. Mongeri,

Médecin aliéniste de l'Hôpital royal Italien
et des hôpitaux arménien du Saint-Sauveur et
interuational de la Paix.

Constantinople, le 6 février 1905.

Digitized by Google

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 JUIN 1905

Présidence de M. CH. VALLON

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Colin, Giraud, Juquelier, Lwoff, Philippe, Vernet, Vurpas, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Giraud, président du Congrès de Rennes, demandant à la Société de se faire représenter officiellement à ce Congrès. — La Société décide de se faire représenter par son Président et son Vice-Président ;

2° Des lettres de MM. Juquelier et Phulpin, remerciant la Société de les avoir nommés membres correspondants ;

3° Des lettres de candidature de MM. Colin et Lwoff, aux deux places vacantes de membre titulaire. — Commission : MM. Arnaud, Christian, Kéraval, Picqué et Pactet, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Albert Devaux, médecin à Paris, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Dupain, Dupré et Kéraval, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Les effets toxiques du véronal*, par M. L. Mongeri ;

2° *Relation critique du XIIe Congrès de la Société de phréniatrie italienne*, par le Dr Esposito ;

Digitized by Google

3° *Le traitement du gâtisme dans les manicomes et les asiles*, par M. Benjamin Larroque ;

4° *Revue de l'Hypnotisme*, numéro de juin.

Rapports de candidature.

M. KÉRAVAL. — Messieurs, je viens au nom d'une Commission composée de MM. Christian, Moreau (de Tours), Kéraval, rapporteur, vous rendre compte des travaux de M. C. Bessière qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société.

M. Bessière, qui, en 1878, obtenait une mention honorable au concours pour le prix Esquirol, passait en 1881 une thèse que vous connaissez tous sur le *Cancer au point de vue de ses rapports avec l'aliénation mentale.*

En 1887, il publiait dans les *Annales* (mai 1887) un bon travail, sur le traitement du délire épileptique ; en 1890, c'était un mémoire bien fait, sur le spasme laryngé hystérique.

Ses rapports joints à l'appui de sa candidature ne sont pas moins instructifs. Nous avons lu avec grand intérêt ceux qui concernent l'asile de Saint-Alban, de 1895 à 1898, ainsi que les mêmes documents sur l'asile d'Evreux, de 1902 à 1904. Ce sont tout autant d'études justifiant d'une assiduité infatigable.

Enfin, M. Bessière a adressé en même temps que sa demande un mémoire manuscrit dans lequel il passe en revue les *stéréotypies démentielles.* Il arrive à la conclusion que « si les phénomènes automatiques *passagers* s'observent dans un certain nombre d'affections mentales, ces mêmes phénomènes, quand ils sont *continus, indéfiniment répétés*, sont caractéristiques des états démentiels de toute nature ».

Votre Commission vous propose donc d'admettre M. Bessière comme membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Bessière est élu à l'unanimité membre correspondant.

M. SÉRIEUX. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Joffroy, Ritti et Sérieux, rapporteur, pour examiner la candidature de M. le

Digitized by Google

Dr Roger Mignot qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Ancien externe des hôpitaux, M. le Dr Roger Mignot a été reçu interne des asiles d'aliénés de la Seine, au concours de 1898 ; il a accompli son internat à l'asile de Ville-Evrard, à la Maison de Santé du département et à l'Asile Clinique. En 1901, il se présenta au concours de Clinicat de Pathologie mentale, à la Faculté de médecine de Paris, et fut classé le premier. Après avoir rempli les fonctions de chef de clinique, il occupa un poste de médecin-adjoint à l'asile d'Auxerre. Revenu à l'asile de Ville-Evrard comme médecin-assistant de la Maison de Santé, il suivit les cours de l'Institut de Médecine légale et de Psychiatrie et obtint le diplôme de médecin-légiste. Enfin, cette année même, notre confrère a été nommé, après concours, médecin suppléant de la Maison nationale de Charenton.

Les travaux scientifiques du Dr Roger Mignot appartiennent au domaine de la pathologie nerveuse et mentale. Dans sa thèse de doctorat, intitulée : *Etude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales*, l'auteur démontre que l'inégalité et les déformations pupillaires sont, à elles seules, des symptômes sans signification diagnostique et pronostique, et peuvent s'observer dans toutes les formes de l'aliénation mentale. Les altérations des réflexes s'observent également, avec une fréquence variable, dans toutes les psychoses; mais tandis que le trouble observé est *constant et progressif* dans la paralysie générale, la démence sénile et les démences organiques, il est *inconstant*, *variable* dans les autres psychoses et en particulier dans la mélancolie présénile et la démence précoce. Ce travail a été récompensé par la Faculté de médecine.

Comme chef de clinique, M. le Dr Roger Mignot a fait des conférences de pathologie et de séméiologie mentale.

Avec M. le Dr Sérieux, il a communiqué à la Société de Neurologie de Paris *une observation de surdité corticale avec paralexie et hallucination de l'ouïe due à des kystes hydatiques*.

Dans plusieurs publications, MM. Mignot et Sérieux se sont efforcés de décrire une *variété sensorielle* de la

Digitized by Google

paralysie générale, comprenant les faits caractérisés par la prépondérance des troubles sensoriels et des troubles de la sphère du langage. Les symptômes observés résultent de la prédominance des lésions au niveau de certains territoires corticaux et plus particulièrement des centres postérieurs, avec intégrité relative des régions antérieures. M. Roger Mignot a publié encore le résultat de ses recherches sur l'*emploi du véronal* (*Arch. de Neurol.*, janvier 1905), et un travail sur l'*amnésie consécutive à la pendaison* (*Journ. de Psyc.*, mars 1905) en collaboration avec le Dr Sérieux. Dans la *Revue de Médecine* (avril 1905), notre confrère a démontré l'existence d'une variété non décrite de basophobie : « *le type myotonique* », qui se place à côté des types paralytiques, spasmodiques, cérébelleux, ataxiques, admis par les classiques.

Avec MM. Triboulet et Mathieu, M. Roger Mignot vient de publier, chez Masson, un volumineux *Traité de l'Alcoolisme*. Nous ne pouvons ici analyser les diverses parties de cet ouvrage écrites par notre confrère ; il a rédigé, et d'une façon remarquable, les chapitres concernant l'étude des troubles intellectuels et cérébraux, la thérapeutique morale, l'assistance et la médecine légale.

Après cet exposé des titres et des travaux du Dr Roger Mignot, vous pouvez, Messieurs, apprécier la valeur scientifique de cet aliéniste. Votre Commission propose de lui accorder le titre de membre correspondant de notre Société qu'il demande, et de nous adjoindre ainsi un collaborateur utile.

Conformément à ces conclusions, M. Mignot est élu à l'unanimité membre correspondant.

Deux cas de perversion instinctive avec précocité sexuelle remarquable,

par MM. Dromard et Levassort.

Les observations suivantes concernent deux petites filles dont l'une est âgée de sept ans et demi et l'autre de douze ans. La première, pervertie *active*, recherche avant tout les jouissances génitales que le simple con-

Digitized by Google

tact d'un homme paraît éveiller en elle; la dernière, plutôt *passive*, se livre à tout venant et se laisse choir déjà, en nature soumise et sans aucune protestation du sens moral, dans une carrière de débauche à laquelle elle semble impitoyablement destinée.

Observation I. — Marcelle S... est une enfant de sept ans et demi, d'aspect craintif et dissimulé, mais assez bien constituée au point de vue physique. Elle est conduite à l'Infirmerie spéciale du Dépôt par sa mère, qui réclame une intervention médicale à l'égard d'habitudes morbides contre lesquelles ni menaces ni prières ne peuvent agir efficacement.

La jeune Marcelle est renvoyée de toutes les pensions, à cause des pratiques onanistes auxquelles elle se livre publiquement. A la suite de ces excès, elle est prise parfois de troubles vertigineux au cours desquels il lui arrive d'accomplir des actes déraisonnables d'une manière impulsive : ainsi, vient-elle de se jeter tout habillée dans le bassin de la place Daumesnil.

Marcelle s'enfuit fréquemment de la maison, et reste absente pendant une demi-journée. A son retour, elle ne peut ou ne veut pas dire quel a été l'emploi de son temps; mais Mme S... suppose que les fugues de sa fille ont pour mobile la recherche de quelque aventure. Celle-ci est, en effet, d'une précocité peu commune : on l'a surprise à « faire de l'œil » aux hommes, et elle semble prendre plaisir à les provoquer.

En temps ordinaire, Marcelle se plaît surtout dans la société des petits garçons, sur lesquels elle pratique ou cherche à pratiquer des attouchements. Mais à défaut des garçons, elle agit de même avec les petites filles.

Un jour, grimpée sur les genoux de son oncle, un homme d'une quarantaine d'années, elle lui saisit les organes génitaux, et quelques instants après, celui-ci remarqua qu'à l'endroit où l'enfant était assise, son pantalon était mouillé. Elle paraît éprouver, en effet, une véritable jouissance dès que ses mains peuvent se porter au voisinage de la région convoitée : on note à ce moment le trouble du regard, qui est la manifestation du spasme voluptueux.

Une autre fois, étant couchée avec sa mère, elle profite du sommeil de celle-ci pour la découvrir et se livrer sur elle à des pratiques malsaines.

Mme S... attribue les tendances de sa fille au mauvais exemple du père, qui menait une existence fort irrégulière et introduisait fréquemment dans le domicile conjugal des femmes de rencontre. Il recevait ces femmes dans la chambre qu'il occupait et où couchait l'enfant. Celle-ci donnait parfois des détails précis sur ce qu'elle avait vu, et devenait ainsi chaque jour plus

Digitized by Google

« frôleuse », selon l'expression de la mère. Mais il y a tout lieu d'envisager avec de grandes restrictions cette influence du milieu, car la petite Marcelle, comme nombre d'enfants pervertis, est une mythomane, et se livre à un luxe de fabulation qui rend ses rapports fort suspects. Elle avait même accusé son père d'avoir voulu pratiquer sur elle le coït, et avait fourni sur les circonstances de l'acte des détails vraiment édifiants : l'inexactitude de son récit fut heureusement démontrée.

Il semble plus naturel d'attribuer sa perversion instinctive et son étrange précocité à une tare constitutionnelle que justifient ses antécédents.

Son grand-père paternel est mort d'alcoolisme chronique. Son père est un ivrogne et un débauché. Ainsi que nous l'avons dit, il ne s'est pas rendu coupable de l'acte dont il fut accusé par sa fille, mais la chose était néanmoins rendue vraisemblable par les habitudes du sujet. Mme S... affirme, en effet, que son mari est complètement privé de sens moral. Il se serait livré à des actes de bestialité, et on l'aurait surpris essayant de pratiquer le coït avec une jument. Il est avec sa femme d'une exigence peu commune au point de vue des rapports sexuels, et il la frappe lorsqu'elle refuse de céder à ses caprices.

L'enfant paraît avoir été conçue après de copieuses libations. Elle est venue au monde dans des conditions normales cependant, et n'a pas eu de maladies graves, mais elle a présenté, jusqu'à l'âge de six ans, de l'incontinence nocturne d'urines.

L'examen de Marcelle S... révèle une petite fille craintive et dissimulée, qui ne fait aucun étalage de cynisme, mais refuse obstinément de donner des éclaircissements sur les actes dont on l'accuse. Interrogée, elle se contente de hocher la tête, puis elle pleure et boude sans vouloir répondre. La voûte palatine est ogivale, nous ne constatons aucun autre signe physique de dégénérescence.

Obs. II. — Charlotte C... est une enfant de douze ans, à la figure pâle et amaigrie, à l'œil noir et brillant. Son regard, généralement fuyant, s'arrête parfois avec une assurance qui indique une expérience déjà très avancée de la vie.

Elle est amenée à l'Infirmerie spéciale du Dépôt par une aventure galante. Rencontrée par « un vieux monsieur », aux environs du boulevard Sébastopol, elle avait accepté de bonne grâce ses propositions, et s'était laissé conduire dans une maison de rendez-vous, rue Blondel, pour « y faire une passe », suivant sa propre expression. La tenancière de l'établissement, par crainte d'un scandale préjudiciable à ses intérêts, avait fait au couple mauvais accueil, et, sur l'insistance du visiteur, elle avait menacé celui-ci de le faire arrêter pour détournement de

Digitized by Google

mineure. L'homme s'était enfui, et Charlotte, restée seule, avait été confiée aux autorités policières.

Mme C... nous fournit, sur le tempérament et les habitudes de sa fille des renseignemenrs édifiants. Charlotte a toujours été emportée, insouciante et grossière. Elle a médiocrement travaillé à l'école, et répondait le plus souvent aux remontrances de ses maîtresses et de ses parents en brisant les divers objets qu'elle trouvait à portée de sa main. Des mots orduriers sortaient fréquemment de sa bouche. La mère ne s'est pas aperçue que l'enfant se livrât à des plaisirs solitaires, mais elle fait observer que Charlotte a toujours aimé, dès l'âge le plus tendre, la société des petits garçons. Dernièrement, on la trouvait encore embrassant un garçon de treize ans dans une posture assez équivoque. Depuis une dizaine de mois, Mme C... constatait que sa fille s'étiolait. La croissance paraissait s'interrompre, les yeux étaient cerclés de noir, l'amaigrissement était progressif, et les médications ferrugineuse ou phosphatée n'avaient aucune prise sur cet état. Mme C... estime qu'il faut attribuer le « dépérissement » de sa fille aux rapports que celle-ci entretient depuis longtemps, depuis l'âge de dix ans peut-être, avec des hommes.

Interrogée par nous, Charlotte répond à nos questions avec un naturel et une inconscience morale qui frisent de près le cynisme. Elle nous raconte comment « elle faisait le tas devant le bureau du *Petit Journal* », comment elle « levait le michet », et comment elle savait entraîner dans ses manœuvres une petite apprentie de quatorze ans, sa compagne. « J'étais plus jeune « que Berthe, nous dit-elle, mais j'étais moins gourde avec les « hommes : c'était moi qui faisais son éducation. » Charlotte nous fait, par écrit, la confession de son passé, et elle s'exprime avec une indifférence du mal et une absence de repentir bien caractéristiques :

« Monsieur le Docteur,

« Il y a longtemps que j'ai commencé. Quand j'allais faire « des courses pour maman, autrefois, les hommes m'arrêtaient « et me disaient d'aller avec eux. Alors, je les suivais, parce « que j'étais curieuse de savoir ce qu'ils me montreraient. En « rentrant chez maman, je mentais toujours, parce que j'avais « peur d'être battue. Je disais que j'avais attendu au magasin, « et ce n'était pas vrai : je m'étais amusée à regarder des « hommes et des femmes en chemise sur les journaux illustrés, « ou j'avais causé à des messieurs ou des petits garçons. « Quand on me grondait, je cassais tout et je battais mon « petit frère. La dernière fois que j'ai voulu faire une passe, « on m'a conduite au commissaire de police. Le monsieur « m'avait dit : Tu es gentille. Alors, je lui avais souri, et lui

Digitized by Google

« avais répondu : Tant mieux. Il m'avait dit aussi : Je vais « te montrer quelque chose de beau. Je savais bien ce que « c'était. Nous allions monter dans la chambre quand on m'a « arrêtée. Vous promettre de ne plus recommencer ne serait « guère possible. Si je voulais être sage, ça ne pourrait pas « durer, et ce n'est pas la peine d'essayer. »

Charlotte n'a rien dans ses antécédents qui puisse justifier la perversion instinctive dont elle fait étalage. La mère est bien portante. Le père est mort depuis plusieurs années, mais il était normal quand l'enfant vint au monde. Sa femme affirme qu'il n'était pas buveur. La grossesse s'était passée sans incidents. Un frère, d'intelligence moyenne, mais au total bon sujet, ne présente aucune des tendances pathologiques de sa sœur.

Charlotte C... n'a eu jusqu'ici aucune maladie grave. Son examen actuel ne révèle aucun stigmate comitial ou hystérique. Sa voûte palatine est légèrement ogivale, et ses oreilles assez mal formées.

Elle n'est pas encore réglée, et, à l'aspect extérieur de sa poitrine, de sa taille, de son bassin, on a l'impression d'être en présence d'une enfant. L'examen gynécologique prouve cependant qu'elle est déflorée.

Les deux observations dont nous venons de donner lecture nous ont paru intéressantes à un double point de vue.

Elles se juxtaposent par un caractère commun : la précocité sexuelle des intéressées. Elles s'opposent au contraire par le fonds psychologique des sujets, ainsi que par la signification clinique et médico-légale de leurs réactions.

Au point de vue psychologique, Marcelle S... personnifie la perversion *active*. Elle est de bonne heure une ardente au plaisir génital ; elle le recherche en *spinale*, et elle représente comme un type de *nymphomanie infantile*.

Charlotte C..., au contraire, personnifie la perversion *passive*. Ses tendances génésiques ne sont peut-être pas très au-dessus de son âge, mais elle est une profonde *débile* : par faiblesse de volonté et de jugement, elle s'abandonne au gré de toutes les aventures avec une inconscience parfaite de la valeur de ses actes, et elle pourrait trouver justement sa place parmi les *prostituées-nées* de Lombroso.

Digitized by Google

Les deux cas ne sont pas moins dissemblables au point de vue médico-légal et clinique.

Dans l'observation de Marcelle S..., aucune difficulté quant à la valeur clinique des réactions observées ; les antécédents personnels et héréditaires de l'enfant sont assez chargés pour tout expliquer, et l'influence de la dégénérescence mentale s'impose largement. Mais par contre, la richesse des sources pathogéniques n'est pas pour faciliter la solution des problèmes médico-légaux. Un père ivrogne, convaincu de bestialité, et d'une ardeur sexuelle pathologique; une fille accusant ce père de l'avoir violée, alors qu'elle est étrangement précoce elle-même dans ses instincts et coutumière du mensonge d'autre part, voilà qui rendrait vraiment difficiles des présomptions éclairées en faveur de la réalité ou de la non-réalité des faits, si les preuves matérielles ne venaient trancher la question.

Dans l'observation de Charlotte C..., aucune difficulté médico-légale ; mais en revanche, la pathogénie de cette prostitution native reste énigmatique, puisque rien dans les antécédents héréditaires et personnels de l'enfant n'a pu nous mettre sur la piste d'une tare avérée. Nous sommes ici en présence d'un de ces cas de dégénérescence à origine mal déterminée dont le substratum se dissimule sous les apparences d'un passé physiologique et d'une hérédité parfaitement normale.

Délits prémédités, alternant, chez un débile, avec des impulsions névropathiques,

par M. Delmas.

Le malade dont je vais vous parler est un jeune garçon, âgé de quinze ans, né dans l'Ain, et entré à la colonie de Vaucluse le 13 mai 1905 avec, dans son dossier, les deux certificats ci-joints :

Certificat du Dr Magnan. — « Je soussigné, médecin en chef de l'Asile clinique, certifie que le nommé D... est atteint de dégénérescence mentale avec perversions instinctives, fugues, vols dont le malade se rend compte. Parfois le malade se livre à des actes dont il ne con-

Digitized by Google

serve aucun souvenir. Somnambulisme probable. — Signé : MAGNAN. »

Certificat du Dr Vallon. — « Le jeune D... était considéré au patronage Rollet comme atteint de folie. Je n'ai constaté chez lui ni maladie mentale ni maladie nerveuse ; mais d'après ses propres déclarations qui ne sauraient être suspectes, il est sujet, par intervalles, à des troubles mentaux, caractérisés surtout par de l'excitation, des impulsions avec actes violents et des fugues. Ces accès sont probablement de nature épileptique. En raison des troubles mentaux intermittents dont il est affecté, le jeune D... ne saurait être considéré comme responsable des délits qui lui sont reprochés. Il y a nécessité de le remettre à l'autorité administrative pour que celle-ci pourvoie à son placement dans un asile d'aliénés. — Signé : VALLON. »

Ainsi que vous le voyez, de ces deux rapports, l'un conclut à l'hystérie probable, l'autre à l'épilepsie. Le diagnostic n'est, en effet, pas facile, comme vous pourrez en juger par l'histoire du malade que nous avons reconstituée à l'aide des renseignements fournis par le malade lui-même et par une de ses tantes, habitant Paris.

Histoire du malade. — L'hérédité n'est pas très chargée. Le père et la mère sont en vie et bien portants. Ils n'ont point présenté dans le cours de leur existence d'affection importante d'ordre névropathique ou autre.

Cependant un grand-oncle maternel a présenté jusqu'à l'âge de dix-huit ans un retard intellectuel notable, qui le faisait considérer, dans son entourage, comme un faible d'esprit. Il a pu, néanmoins, devenir capitaine dans la marine marchande et vivre l'existence commune.

Une sœur du malade serait d'humeur bizarre et de caractère instable.

Autres deux frères et trois sœurs sont bien portants.

Le malade lui-même, né à terme, a été longtemps chétif, mais n'a pas présenté de maladie grave jusqu'à l'age de six ans. A ce moment, il fait une fièvre typhoïde, à l'occasion d'une épidémie familiale qui atteignit en même temps tous ses frères et sœurs. C'est lui qui fut le plus gravement malade et il fit, en particulier, une convalescence très longue, pendant laquelle persista, six mois au moins, une très grande faiblesse.

Digitized by Google

A trois reprises, il a changé de pays, « pour changer d'air », dit-il.

A neuf ans, il a eu une angine diphtérique compliquée de croup, qui l'a confiné au lit pendant un mois et demi et a été suivie d'une convalescence d'un mois environ.

Il n'a pas présenté de nouveaux accidents pathologiques jusqu'à onze ans. Jusqu'à cet âge il a fréquenté l'école; il a été un élève médiocre, mais a pu néanmoins acquérir une instruction primaire rudimentaire.

A onze ans, il a travaillé aux champs. Dès ce moment son caractère change; il devient beaucoup plus irritable et violent, et bientôt cette irritabilité se traduit par de véritables crises.

Quelquefois, au moindre prétexte, plus souvent même sans prétexte il est pris brusquement d'excitation à caractère impulsif et irrésistible : « c'était plus fort que moi », dit-il. Il injuriait ses parents, se ruait sur ses frères pour les battre. Redevenu calme, il avait oublié ses actes et quand on les lui décrivait, il en marquait un vif regret.

Placé chez des paysans, il présente des crises analogues, se répétant d'une façon à peu près périodique, environ tous les mois, avec la « jeune lune », dit la tante du malade.

Un jour, par exemple, au retour du labour, il est pris, à la suite d'une légère contrariété, d'une colère furieuse, déchire et arrache ses vêtements; puis, en chemise, sous l'influence d'un besoin ambulatoire irrésistible, s'échappe vers la gare voisine et s'engage sur la voie, courant droit devant lui. Rattrapé et ramené chez ses patrons, après une période de gesticulations violentes et de cris furieux, il revient tout à coup à lui et semble étonné. On lui reproche ce qu'il a fait, il s'en défend énergiquement et prétend n'avoir pas bougé. L'amnésie est complète.

Cette amnésie est moins complète dans d'autres circonstances. Ainsi dans une crise, il battait son frère avec un bâton; il se rappelle le moment où il a commencé à le frapper, puis il y a amnésie : il ignore que son père lui a arraché le bâton et l'en a même frappé. Commencée d'une façon plus ou moins consciente, l'action s'est terminée dans l'inconscience absolue.

Une fois même, pendant l'hiver, alors que, les travaux des champs suspendus, il était retourné à l'école, il fut pris d'une crise de colère revêtant les mêmes caractères d'irrésistibilité, au cours de laquelle il déchira ses cahiers, ses habits, battit ses camarades, et dont il se rappela toutes les phases; il en marqua son étonnement, disant que c'était la première fois qu'il se souvenait ainsi de toutes les phases de sa crise. Cette constatation même est une preuve en faveur de l'existence d'amnésie complète dans les autres crises.

Digitized by Google

Notre malade atteint ainsi quatorze ans. C'est alors, au mois de septembre 1904, qu'il fait sa première fugue. Un matin, tandis qu'il binait des rosiers, il est pris d'un besoin ambulatoire irrésistible ; il part avec ses habits de travail, droit devant lui ; il marche ainsi jusqu'à midi, quand, arrivé à un carrefour bien connu de lui, il lui semble se réveiller ; il s'assied sur une borne pour réfléchir. Il se rend compte qu'il est déjà loin, que sa fugue paraîtra inexplicable à ses patrons et il se décide à continuer sa route vers Valence, où c'est le moment de la récolte des oranges et ou il espère pouvoir se placer. Chemin faisant, il se lie avec un vieux colporteur, et s'arrête avec lui dans une auberge. Profitant d'une absence de son compagnon, il vole la boîte de camelote et continue seul sa route. Il voyage ainsi pendant une quinzaine de jours, vendant du fil, des aiguilles et des chansons. Il retourne à Lyon avec une petite somme d'argent et prend un billet pour Paris où il se présente chez sa sœur. Celle-ci l'accueille très mal ; aussi la quitte-t-il le deuxième jour et, après avoir erré quelques jours dans Paris, il est arrêté, envoyé à la Petite Roquette et de là au patronage Rollet.

Il est placé par le patronage Rollet à Ozalerie, dans le Poitou, d'où il est renvoyé au bout de deux mois, à cause de ses crises. Placé à nouveau dans un restaurant à Paris, il le quitte au bout d'un mois parce qu'il ne s'entend pas bien avec ses patronnes, qui veulent l'obliger à donner tous ses pourboires. Pour se venger, il emporte le timbre de la maison, que sa tante a dû payer dans la suite.

Il retourne à Lyon sans billet ; arrêté à son arrivée, le commissaire le fait relâcher et il se place chez un chevrier. Il était là depuis huit jours, lorsqu'il vole 30 francs à son patron. Comme le vol commis au préjudice du vieux colporteur, il commet celui-ci encore en pleine connaissance, dans un but intéressé, et non sous l'influence d'une impulsion quelconque ; il le reconnaît lui-même et fait une différence complète entre le besoin impérieux des crises et le discernement avec lequel il a agi dans ces deux cas. En réalité, il voulait aller au concert et acheter une montre. Il réalise ce double projet et, le lendemain matin, après avoir erré depuis la sortie du concert, il prend le train pour Paris avec un billet pour Moulins. Il raconte qu'il allait à Moulins pour chercher du travail, mais que s'étant endormi dans le wagon, c'est involontairement qu'il est venu jusqu'à Paris. Ce récit peut paraître d'autant plus suspect qu'une fois déjà il a voyagé sans billet.

Quoi qu'il en soit, il est arrêté à son arrivée à Paris, envoyé au Dépôt et de là à la Petite Roquette, où il reste un mois. Pendant ce séjour, il était occupé à la fabrication des éventails ;

Digitized by Google

il a présenté une crise au cours de laquelle il a déchiré éventails, outils et matelas. Poursuivi en correctionnelle pour vagabondage et infraction à la loi des chemins de fer, il est acquitté sur rapport du Dr Vallon et envoyé à la colonie de Vaucluse.

Examen du malade. — Le malade se présente avec un facies un peu sombre, cause avec douceur et raconte son histoire avec beaucoup de détails.

Dès l'inspection, il présente quelques signes de dégénérescence : le front est bas et aplati, les oreilles grandes et détachées, la voûte palatine légèrement ogivale.

On ne trouve aucun stigmate hystérique : pas d'anesthésie cutanée ou pharyngée, pas d'hyperesthésie, pas de rétrécissement du champ visuel.

A l'examen, les différents appareils sont trouvés sains. Il n'existe pas, en particulier, de traces de morsures au niveau de la langue. Il n'y a d'ailleurs eu, à aucun moment, de crises convulsives, et c'est en vain que nous avons interrogé le malade et la tante sur l'existence de manifestations épileptiques nocturnes : céphalée et lassitude matinales, sang sur l'oreiller, mictions nocturnes.

Au point de vue mental, notre malade, qui présente, nous l'avons vu, quelques stigmates de dégénérescence, est un débile parvenu difficilement à acquérir une instruction rudimentaire.

Son caractère, en dehors des crises et des manifestations de son irritabilité, est doux et docile ; il est capable d'application dans son travail et a satisfait, malgré ses crises, les différents patrons chez qui il a servi et qu'il a quittés, sauf une fois, volontairement ou à l'occasion d'une fugue.

D'autre part, il présente une tendance très manifeste à donner libre cours à son imagination qui, si elle est très fertile, est par contre très souvent puérile et maladroite ; il invente avec facilité des détails nombreux, mais les contradictions sont fréquentes et les invraisemblances parfois grossières.

De l'histoire de ce malade résulte l'existence de deux ordres de faits très distincts : d'une part des crises de nature névropathique, d'autre part des délits très caractérisés.

Les crises d'ordre névropathique sont indiscutables. On ne peut guère admettre qu'on se trouve en présence d'une fabulation, chez un simulateur qui chercherait à atténuer ainsi sa responsabilité pour les délits relevés contre lui ; notre malade, en effet, ne songe pas le moins du monde à invoquer cette irresponsabilité. Ce n'est pas non plus une fabulation chez un sujet à tendance

Digitized by Google

pathologique au mensonge ; il serait bien difficile, surtout pour le sujet dont il s'agit, d'imaginer des crises où l'irrésistibilité, l'amnésie et d'autres détails répondent si parfaitement aux descriptions classiques. Au surplus, décisif sur ce point est le témoignage de la tante, mise au courant elle-même par le père et la mère, témoins des crises.

Ces crises ne peuvent non plus être de nature hystérique ; car il n'existe aucune manifestation hystérique : le malade n'a jamais présenté de grande hystérie et les stigmates font tous défaut.

Les dégénérés peuvent présenter des délires impulsifs et transitoires et, nous l'avons dit, notre malade est un dégénéré. Mais ces impulsions ne présentent jamais ces caractères distinctifs d'inconscience absolue et d'amnésie totale post-paroxystique que nous retrouvons chez notre malade.

Il semble, au contraire, que les crises présentées par lui doivent être rattachées à l'épilepsie. Le début et la terminaison brusque, la brièveté, la forme, la périodicité plus ou moins nette des crises, l'inconscience et l'amnésie du sujet à leur propos, sont nettement en faveur de cette origine, malgré l'absence de crises comitiales vraies.

A coté de ces crises épileptiques notre malade a commis des délits qui semblent s'être produits en pleine conscience, en dehors de tout paroxysme mental.

A deux reprises, notre malade a volé. Il l'a fait chaque fois avec préméditation et dans un but intéressé. Une fois, sinon deux, il a pris le train sans billet, sachant bien qu'il commettait ainsi une faute.

Cette observation nous a paru intéressante et digne de vous être rapportée à plusieurs points de vue.

1° Au point de vue clinique, nous voulons insister sur la difficulté du diagnostic entre les fugues hystériques et épileptiques, difficulté soulignée dans notre cas par la différence des diagnostics portés par MM. Vallon et Magnan.

Pour les raisons, que nous avons déjà indiquées, nous nous sommes arrêtés au diagnostic d'épilepsie ;

2° Notre malade présente, en outre, un état mental qu'on a coutume d'attribuer à l'hystérie. Cet état mental

Digitized by Google

est caractérisé surtout par la tendance à la fabulation que nous avons signalée plus haut. Cet état doit être attribué chez le jeune D... d'une part à son jeune âge, car, ainsi que l'a montré M. Dupré, la mythomanie est pour ainsi dire physiologique chez l'enfant, et d'autre part à la dégénérescence mentale, à laquelle il faut le rattacher, bien plus souvent qu'à l'hystérie, ainsi que l'a montré M. Colin dans sa thèse inaugurale ;

3° Nous voulons insister aussi sur l'origine de cet état névropathique. Nous n'avons pas trouvé trace d'antécédents héréditaires susceptibles d'expliquer cet état; mais, dans l'enfance, à six ans, une fièvre typhoïde grave qui a laissé une empreinte indélébile et à la suite de laquelle se sont manifestés les troubles morbides. Il semble donc que cet état ait, comme pathogénie, l'infection éberthienne ;

4° Enfin, cette observation soulève à nouveau le problème si important de la responsabilité des épileptiques et de leur assistance.

Cet enfant présente des manifestations épileptiques, mais ce n'est pas sous leur influence qu'il a commis les délits qu'il avoue ni même celui dont la justice lui a demandé compte. Toutefois, M. Vallon a pensé qu'en raison de ces accidents névropathiques, cet enfant serait mieux placé à la colonie de Vaucluse qu'à la Petite Roquette. C'est également notre opinion. Mais, plus tard, quand cet enfant sera rendu à la liberté et à la vie publique, pourra-t-il impunément poursuivre la série de ses vols prémédités et voulus ? Evidemment non. Sa responsabilité, atténuée dans une certaine mesure par une tare névropathique, subsistera et il sera condamné à la prison. A la prison, pourra-t-on le garder ? C'est peu probable ; pas plus qu'on n'a pu le garder à la Petite Roquette, où ses impulsions troublaient la discipline et causaient un préjudice matériel à l'atelier dans lequel il était occupé. Placé dans un asile, comme il n'a pas de troubles mentaux caractérisés, il sera mis en liberté rapidement et ce sera une série de passages successifs de la prison à l'asile et de l'asile à la vie en liberté.

C'est un de ces malades qu'a étudiés M. Colin, dont la place n'est ni en prison ni dans un asile d'aliénés,

Digitized by Google

mais dans un établissement tenant à la fois de l'asile et de la prison.

DISCUSSION

M. VALLON. — J'ai examiné cet enfant à la Petite Roquette. Il était prévenu du délit de vagabondage avec infraction à la loi sur les chemins de fer. Il avait pris un billet de Lyon à Moulins, disant s'être endormi dans le train et réveillé à Paris. Déjà, à deux reprises, il avait été placé dans le patronage de M. Rollet ; on le considérait un peu comme aliéné et on devait le conduire à la consultation de M. Voisin à la Salpêtrière. J'ai conclu à l'épilepsie. La responsabilité des épileptiques varie avec les individus et avec le moment. Je me souviens d'avoir eu à examiner un même inculpé pour deux délits différents ; le premier délit avait eu lieu sous l'influence d'une impulsion épileptique ; le second, il s'agissait d'un vol, comportait une conclusion médico-légale toute différente. L'inculpé fut d'ailleurs, quelque temps après, reconnu innocent de ce second délit.

M. VIGOUROUX insiste sur le problème de l'assistance aux épileptiques. Dans six mois ce malade aura atteint seize ans et passera de la colonie à l'asile de Vaucluse. S'il ne présente aucun trouble délirant, aucun trouble mental autre qu'une débilité légère, s'il n'a aucun accès épileptique, il sera mis en liberté et recommencera alors à commettre des délits successifs. S'il est mis en prison, il se passera ce qui s'est déjà passé à la Petite Roquette : c'est un débile vicieux dont la place n'est ni à l'asile ni à la prison.

La séance est levée à 6 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

Digitized by Google

SÉANCE DU 24 JUILLET 1905

Présidence de M. CH. VALLON

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, je ne connais pas de tâche plus agréable pour un secrétaire général que de pouvoir féliciter ses collègues de ce qui leur arrive d'heureux. Cette tâche m'est aujourd'hui particulièrement douce, puisque j'ai la bonne fortune de vous annoncer la nomination de notre distingué président, mon excellent ami Vallon, au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Nous ne pouvons qu'applaudir à cette distinction si justement méritée. Plus que personne, notre cher Président en était digne, par son caractère élevé et son dévouement à ses malades, par ses travaux scientifiques si remarquables et par les services éminents qu'il a rendus à la médecine légale des aliénés. Nous ne saurions oublier que, lui aussi, est tombé, cruellement blessé, sur ce champ de bataille professionnel, jonché déjà de tant de victimes qu'il est presque impossible de les compter.

Mon cher Président et ami, il y a dix mois à peine, vous auriez pu nous voir ici, douloureusement attristés par la tentative de meurtre commise sur vous par un de vos malades ; aujourd'hui, nous sommes tout à la joie, et croyez-le bien, elle est sincère.

Pour moi, je suis heureux d'être l'interprète des sentiments de tous nos collègues en vous adressant nos plus chaudes, nos plus affectueuses félicitations.

M. VALLON. — Mon cher Ritti, mon cher ami, je vous remercie de vos bonnes paroles, elles me vont tout droit au cœur. Mes chers collègues, je vous remercie du nouveau témoignage d'estime et de sympathie que vous me donnez aujourd'hui en ratifiant par vos

Digitized by Google

applaudissements les félicitations que m'adresse notre secrétaire général. Et puisque je suis décoré au cours de ma présidence, je veux faire le vœu que la même distinction soit accordée chaque année à mes successeurs. Le ministre de l'Intérieur en décorant le Président de la Société médico-psychologique serait sûr de faire un choix ratifié par le corps des médecins aliénistes et par l'opinion publique.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Bessière et Mignot, remerciant la Société de les avoir nommés membres correspondants ;

2° Une lettre de M. Maurice Olivier, qui prie la Société de remettre sa communication à la prochaine séance ;

3° Une lettre de M. Rieder, ancien interne de la Seine, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Christian, Dupain et Pactet, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutives aux contractures et aux attitudes stéréotypées dans les psychoses*, par M. Cullerre ;

2° *Revue de l'Hypnotisme*, numéro de juillet.

3° Journal : *L'alcool*, numéros de juin et de juillet ;

4° *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*, numéro de juin.

Rapports de candidatures.

M. Pactet. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Christian, Arnaud, Kéraval, Picqué et Pactet, de vous présenter un rapport sur les titres scientifiques de MM. les Drs Colin et Lwoff, qui ont posé leur candidature aux deux places de membres titulaires, actuellement vacantes à la Société médico-psychologique. MM. Colin et Lwoff, tous deux médecins

Digitized by Google

en chef des asiles de la Seine, ne sont pas pour vous des inconnus ; ils font partie de votre Société, depuis plusieurs années déjà, en qualité de membres correspondants et ils ont eu, à différentes reprises, l'occasion d'y faire des communications et de prendre part à vos discussions.

Avant d'entrer comme médecin en chef dans les asiles de la Seine, M. Colin a occupé des postes de médecin adjoint dans des asiles de province ; mais il ne s'attarda pas dans cette situation subalterne qui ne saurait convenir à tout esprit actif et disposé aux libres initiatives. Une fonction dont le titulaire devrait toujours être utilisé pour le plus grand avantage des malades, alors qu'il se trouve en général réduit à un rôle purement représentatif qui consiste à rehausser la solennité d'une visite dénuée pour lui de tout intérêt, ne tarda pas à lui apparaître comme un anachronisme, et il demanda à en être relevé pour prendre la direction du service d'aliénés annexé à la maison centrale de Gaillon. Là, il trouva l'emploi de qualités qui n'avaient pas eu l'occasion de se manifester ailleurs ; il procéda à une réorganisation complète de l'établissement, arracha les malades au désœuvrement dans lequel ils avaient vécu jusqu'alors, en y introduisant le travail et en y ouvrant des ateliers, après avoir vaincu, comme il convient, les résistances de l'Administration, dont le premier mouvement fut de stupéfaction quand elle entendit parler de mettre des instruments de travail entre les mains de détenus aliénés. C'est à Gaillon qu'il conçut le projet de création, dans la Seine, d'un service spécial pour les aliénés vicieux et criminels, projet qui est aujourd'hui, vous le savez, en voie de réalisation, puisque dans quelques mois le nouveau service pourra être ouvert. Il n'est pas inutile de rappeler ici qu'il ne se borna pas à être l'auteur et le propagateur de l'idée ; il dressa aussi les plans d'après lesquels il concevait l'édification d'un semblable établissement, et ce sont les plans du Dr Colin qui ont été adoptés sans modification par l'architecte chargé de la direction des travaux. Et pour arriver à ce résultat, ce fut encore une lutte à soutenir contre la conception toute métaphysique de l'aliéné qui régnait et règne encore dans beaucoup d'esprits et qui consiste

Digitized by Google

à le considérer, du fait de sa maladie, comme un être mystérieux, absolument intangible, ayant droit au respect même dans les manifestations les plus dangereuses de son activité, alors qu'en réalité ces tendances nuisibles ne sont pas le produit de l'aliénation mentale, mais bien inhérentes à la nature même du sujet.

Je rappellerai encore que M. Colin a été l'élève de Charcot, qu'il a collaboré aux « leçons du mardi », que sa thèse sur « l'état mental des hystériques » est avantageusement consultée par tous ceux qui s'intéressent à cette question, et qu'il est l'auteur de l'article « Hystérie » dans le traité de médecine mentale publié dernièrement sous la direction de M. Ballet. Je n'omettrai pas non plus de mentionner qu'il prit ici une part active à la discussion sur l'Open-door qui eut lieu en 1897 et fut féconde en résultats, puisqu'elle amena une limitation du nombre des malades confiés aux soins d'un seul médecin et qu'il n'est pas téméraire de dire qu'elle a eu une influence sur la genèse des réformes que l'on opère actuellement dans les asiles, en ce qui concerne l'attribution d'un service aux médecins adjoints.

Il fit également partie de la Commission mixte instituée en 1898 par M. le Préfet de la Seine sur la proposition de M. le Dr Paul Brousse, pour l'étude des questions relatives à l'hospitalisation des aliénés et fut chargé du rapport ayant trait au recrutement des médecins. Les idées qu'il y développe ont définitivement obtenu gain de cause auprès du personnel médical des asiles de la Seine, qui vient de se prononcer tout récemment en faveur de la création de postes de médecins en chef suppléants nommés à la suite d'un concours spécial et destinés à assurer le recrutement normal des chefs de service.

Je dirai aussi un mot de deux ouvrages qu'il a fait paraître sur les aliénés devant la justice et dans les prisons ; mais la Société me permettra de ne pas insister, car étant pour ces deux volumes le collaborateur du Dr Colin, ce n'est pas à moi qu'il appartient de les apprécier.

M. Lwoff, après avoir été pendant trois ans interne des asiles de la Seine, prit part au concours de l'ad-

Digitized by Google

juvat pour la région de Paris, et remplit les fonctions de médecin adjoint jusqu'en 1900, époque à laquelle il fut nommé directeur-médecin en chef de la colonie familiale d'Ainay-le-Château.

C'est là qu'il lui fut possible de mettre en évidence ses qualités d'organisateur en créant une colonie familiale pour les aliénés du sexe masculin.

Jusqu'alors, en effet, les aliénées femmes seules avaient bénéficié de ce nouveau mode d'assistance introduit d'Ecosse chez nous, il y a quelques années. Les placements effectués chez les habitants de Dun-sur-Auron avaient donné des résultats encourageants ; aussi, dans un but d'économie budgétaire et pour accorder aux malades susceptibles d'en profiter une liberté plus grande que celle dont ils jouissaient à l'asile, avait-on songé à envoyer un certain nombre d'hommes au milieu de la population pauvre de cette région du Cher et de l'Allier.

Mais alors que les femmes trouvent partout une occupation facile et en rapport avec leurs aptitudes physiques, les hommes, il faut bien le dire, étaient dans une situation toute différente en ce pays de petite culture et dénué de toute industrie.

Afin d'éviter les inconvénients forcés que le désœuvrement ne pouvait manquer d'entraîner, il devint nécessaire de créer pour les hommes un organisme différent de celui qui fonctionnait à Dun.

Ç'a été le grand mérite de M. Lwoff de comprendre ce problème et de s'attacher à le résoudre.

Chargé, le 1er juillet 1900, d'installer la colonie d'Ainay-le-Château, où se trouvaient à cette époque une vingtaine de femmes et d'hommes, le 1er juillet 1904, le Dr Lwoff remettait au département de la Seine une colonie complètement organisée comprenant, en dehors de 400 placements chez les habitants d'Ainay, de Saint-Bonnet, Voligny, Charenton, Isle et Bordois, une infirmerie et un cercle pour les malades à Ainay, une petite infirmerie, une salle de réunion et un petit centre annexe à Saint-Bonnet.

M. Lwoff a du reste exposé d'une façon très claire, dans un rapport au Préfet de la Seine, ses idées sur l'hospitalisation familiale des aliénés. On consultera

Digitized by Google

avec fruit ce travail qui traite de l'installation des colonies d'hommes et où se trouve décrite la vie du malade à la colonie, que l'auteur appelle « la vie libre avec surveillance médicale et continue ».

A côté de cette œuvre médico-administrative du Dr Lwoff nous n'aurons garde d'oublier ses travaux scientifiques, et en particulier son étude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau, ses communications sur les propriétés thérapeutiques du chlorhydrate d'hyoscine, sur un cas d'atrophie cérébrale avec présentation de pièces anatomiques, sur des cas d'aliénation mentale survenus à la suite de pratiques d'hypnotisme et à l'occasion desquels il fait voir les dangers que présentent ces pratiques. Signalons aussi une communication sur un cas de délire chronique à évolution progressive et une autre sur un cas d'urticaire graphique à une époque où les faits de cet ordre n'avaient pas encore attiré l'attention d'un grand nombre d'observateurs.

Rappelons enfin un rapport intéressant fait par M. Lwoff au nom de la délégation de la troisième commission du Conseil général, qu'il avait accompagnée dans l'un de ses voyages d'études annuels, sur l'assistance des aliénés en Belgique.

C'est un travail très complet dans lequel il expose la législation belge, fournit des renseignements statistiques, nous montre l'organisation médicale et administrative des asiles, le fonctionnement du patronage des aliénés et leur assistance chez les particuliers. Un dernier chapitre est consacré aux établissements destinés aux enfants arriérés.

Messieurs, votre Commission estime qu'en conférant le titre de membre titulaire à MM. Colin et Lwoff, la Société médico-psychologique s'attachera deux collaborateurs actifs et distingués ; aussi vous propose-t-elle de leur accorder vos suffrages.

MM. Colin et Lowff sont élus membres titulaires de la Société.

M. Kéraval. — Messieurs, je viens au nom d'une Commission, composée de MM. Dupré, Dupain et Kéraval, rapporteur, vous rendre compte des travaux de

Digitized by Google

M. Albert Devaux, candidat au titre de membre correspondant.

Ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris, M. Devaux a publié une thèse importante rehaussée de deux magnifiques planches sur les *endothéliomes des méninges*. Elle repose sur une observation qui concerne un homme de trente-quatre ans ; à la suite de céphalée, quelques vertiges et vomissements, s'installe un affaiblissement dementiel particulier, une amblyopie progressive bilatérale précoce, permanente, intense ; enfin le malade est pris de quelques accès d'épilepsie généralisée, de gâtisme et s'éteint dans le coma. Le diagnostic de tumeur étant depuis longtemps formulé, la notion de siège ne put être établie que dans les derniers jours, grâce à l'apparition de paralysies permettant de localiser les lésions dans l'hémisphère gauche. L'examen histologique révèle, « au milieu d'une masse cellulaire « dense à ordination tourbillonnante générale, des figures « globulaires à structure concentrique tout à fait spé- « ciales et des formations vasculaires qui montrent les « différents stades du processus angiomateux (fentes, « vaisseaux, lacunes angiomateuses) ». C'est sur ces éléments que s'exerce la discussion judicieuse de notre confrère. Il épuise en même temps les hypothèses pathogéniques des symptômes ; il croit notamment qu'à côté de la compression de l'encéphale les produits toxiques sécrétés par la néoformation agissent sur les organites nerveux, expliquant ainsi l'obnubilation intellectuelle, la torpeur et l'engourdissement des sphères affective et volontaire, la diminution extrême et précoce de l'intellectualité spontanée, de l'attention, de l'activité volontaire, le puérilisme mental, tandis que subsistent l'orientation et l'activité automatique.

Le 4 juillet 1901, M. Devaux communique à la Société de neurologie avec M. E. Dupré une observation anatomique et clinique *de rire et de pleurs spasmodiques* par *ramollissement nucléocapsulaire* antérieur chez un homme de soixante-trois ans, avec *syndrome pseudo-bulbaire par désintégration lacunaire bilatérale des putamens*.

Le 30 mars 1902, il publie dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* avec M. Prosper

Digitized by Google

Merklen un cas d' *hydrocéphalie acquise suite de gastro-entérite.*

Le 16 avril 1903, il étudie avec M. Prosper Merklen la *neuronophagie.* Il conclut que la première place y revient aux leucocytes, la névroglie n'intervenant qu'accessoirement dans la phagocytose; l'action de la névroglie n'y est pas spécifique. C'est en comblant les vides produits par la destruction et l'absorption des leucocytes qu'elle peut être amenée à devenir neuronophage.

M. Devaux est donc un clinicien et un histologiste expérimenté.

Nous lui devons en sus à mon sens un éloge tout particulier pour la leçon qu'il a, en 1903, faite à la clinique des aliénés de Heidelberg sur la *ponction lombaire et le cyto-diagnostic.* Il a, conformément à la note de la rédaction du *Centralblatt f. Nervenheilkunde* qui a publié cette lecon, fait connaître aux médecins allemands de l'endroit (im dortigen Aerztekreis) « l'importance de la ponction lombaire si étudiée en France pour le diagnostic psychiatrique et neurologique, question à la discussion de laquelle il s'est révélé particulièrement compétent à raison de sa propre et riche expérience ». Cette leçon a d'ailleurs été le point de départ d'une pléiade d'investigations des savants d'outre-Rhin.

Le professeur Nissl, dans un certificat qu'il nous a fait parvenir, se félicite d'avoir pendant un an et demi apprécié et mis à contribution les talents de M. Devaux en qualité d'assistant volontaire. Il loue ses connaissances étendues, tant en médecine générale qu'en neuropathologie et histologie. Il constate que depuis lui la clinique d'Heidelberg est à même de se servir du cyto-diagnostic. Il ajoute que M. Devaux a laissé un souvenir charmant.

Vous penserez, je crois, comme votre Commission, que la place de M. Devaux est toute marquée parmi nous.

Conformément à ces conclusions, M. Devaux est élu membre correspondant.

La séance est levée à 5 heures.

J.-M. DUPAIN et A. VIGOUROUX.

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

Année 1903

Archives de neurologie.

I. — *L'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux et ses lésions anatomiques initiales et terminales*; par les Drs P. Kéraval et G. Raviart, directeur-médecin et médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (numéro de janvier). — De l'examen ophtalmoscopique de 51 paralytiques généraux il ressort ce qui suit :

1° La majorité présente de notables lésions du fond de l'œil ; il n'y a guère que ceux qui sont en rémission qui n'en présentent point ;

2° Chez 7 malades avancés on trouve, 5 fois de l'atrophie papillaire blanche, 1 fois de l'atrophie grise, 1 fois une sclérochoroïdite postérieure, bilatérale sans myopie ;

3° On rencontre un état de la papille pâle, comme lavée, chez 13 paralytiques ;

4° Chez 22 autres, on observe un aspect flou d'un segment quelconque de la papille avec bords indécis, état préliminaire de l'atrophie papillaire ;

5° Chez les paralytiques en rémission ou atteints de formes lentes, on n'a trouvé aucune lésion du fond de l'œil ;

6° L'examen ophthalmoscopique a été en tous points confirmé par l'examen microscopique : il s'agit d'une papillite, et d'une névro-rétinite de même nature que la méningo-encéphalite.

II. — *Note sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire;* par le Dr J. Séglas, médecin de l'hospice de Bicêtre (numéro de janvier). — L'opinion générale en France est que l'obsession n'évolue pas et n'aboutit jamais au délire. Cette proposition est, d'après M. Séglas, très discutable et contraire à l'observation. Les formes psychopathiques auxquelles peut aboutir l'obsession sont, en général, la mélancolie, la confusion mentale et le délire onirique, les délires systématisés.

Digitized by Google

Les obsessions qui peuvent aboutir à des accidents vésaniques caractérisés sont surtout les obsessions dites intellectuelles, et en particulier, les différents types décrits sous le nom général de maladie du doute, où dominent l'insuffisance et le trouble de la synthèse mentale. Toutes les obsessions aboutissent, en dernier terme, à l'existence, chez les obsédés, d'un trouble de la conscience personnelle et c'est dans cette dissociation de la conscience personnelle, dans son obnubilation passagère que l'on trouvera la clé du mécanisme susceptible de déterminer le passage de l'obsession au délire.

III. — *Contribution à l'étude des folies par contagion*; par le Dr G. Carrier, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu (Lyon) (numéro de février). — Après une revue très complète des travaux qui ont été publiés sur la folie à deux et l'exposé d'une intéressante observation de folie communiquée, l'auteur tire de ses développements les conclusions suivantes :

1° Les folies à deux doivent être comprises dans une dénomination plus générale, celle des folies par contagion ou suggestion morbide.

2° Il y a nécessité de séparer les cas délirants dans toutes les formes de folie par contagion.

3° Il y a nécessité de considérer, au point de vue médico-légal, les sujets passifs des folies imposées, comme étant en état suggestif et par conséquent irresponsables tant qu'ils sont dans cet état.

IV. — *Nouvelle contribution à l'étude des psychoses post-opératoires*; par MM. Lucien Picqué et Marcel Briand (numéro de mars). — Rappelant leurs travaux antérieurs sur cette question, les discussions de la Société de chirurgie, du Congrès d'Angers et de la Société de médecine de Bordeaux, les auteurs, à l'aide de nouvelles observations, en étudient de nouveau les diverses faces et concluent de la façon suivante :

1° Sous la dénomination de psychoses post-opératoires, on ne doit comprendre, dans la pratique, que les troubles qui se produisent dans la sphère de l'idéation. Il ne faut pas, notamment, y englober la neurasthénie post-opératoire qui n'a d'intérêt que comme élément pathogénique possible de ces psychoses;

2° De ce groupe ainsi délimité, on doit écarter les délires d'intoxication ou en former un chapitre à part. Si au point de vue nosologique pur, le rapprochement peut être soutenu, il ne saurait en être de même dans la pratique.

Les délires infectieux sont des délires transitoires qui doivent

Digitized by Google

guérir à l'hôpital spontanément. Les vrais délires opératoires, au contraire, sont des délires permanents qui ne peuvent être traités qu'à l'Asile.

La pathogénie varie dans ces deux groupes : dans le premier, le délire est exclusivement sous la dépendance de l'infection ; dans le deuxième, la prédisposition constitue la principale cause efficiente.

La symptomatologie est très variable et dépend surtout de l'âge du malade, des antécédents héréditaires, du degré de la prédisposition, de la forme des troubles mentaux présentés antérieurement par les malades, enfin de la nature de l'opération pratiquée. Les psychoses post-opératoires ne doivent pas être, comme certains le prétendent, rayées du cadre nosologique, mais rattachées aux psychoses de dégénérescence dont elles constituent une variété.

V. — *Fibromatose et paralysie générale*, par le Dr A. Cullerre (numéro d'avril). — Observation clinique d'une femme de quarante-sept ans, éthylique, atteinte de paralysie générale à laquelle elle succombe, dont le tégument externe tout entier était atteint de fibromatose généralisée sous forme de tumeurs de la grosseur d'un grain de blé à une noix, les unes dures et sessiles, les autres molles et molluscoïdes. On constatait en outre sur diverses parties du corps de larges nœvi et taches pigmentaires. Si la fibromatose est l'indice d'une faiblesse congénitale du système nerveux, suivant l'expression même des auteurs, ce cas s'ajoute à ceux, déjà nombreux, où l'on voit la paralysie générale frapper des prédisposés, des dégénérés, voire des imbéciles.

VI. — *Etude sur la manie* ; par les Drs Serge Soukhanoff et Pierre Gannouchkine, de l'Université de Moscou (numéro de mai). — Utilisant les matériaux recueillis depuis quinze ans à la clinique psychiatrique de Moscou, les auteurs, sur 4.434 cas de psychoses n'ont relevé que 40 cas de manie, et ils ajoutent : « Les données que nous venons de citer indiquent très nettement que *la manie est une maladie psychique très rare.* » C'est possible. Toutefois il ne suffit pas pour trancher une question d'apporter des chiffres ; il faudrait exposer préalablement ce que l'on entend par manie. Il est évident, par exemple, que si l'on en exclut tout malade qui a, plus ou moins, quelques idées systématiques, qui délire, en un mot, la manie n'est pas une affection fréquente.

Il y a, dans cette courte note, quelque chose de beaucoup

Digitized by Google

moins contestable : « Nous sommes de cette opinion, disent les auteurs, que toute psychose aiguë, sera-ce l'amentia, la mélancolie, la manie, etc., est toujours portée à récidiver ». C'est là une vérité clinique qui n'avait pas besoin d'une démonstration nouvelle, mais qui n'a rien à perdre à la nouvelle confirmation qui en est ainsi donnée.

VII. — *Cas de bestialité chez la femme*; par Ch. Féré, médecin de Bicêtre (numéro de juin). — Dans la bestialité, l'homme le plus souvent joue le rôle actif, et il s'adresse aux animaux les plus divers. Chez la femme, on ne connaît guère que la bestialité passive avec le chien. On est porté à la considérer comme une perversion instinctive congénitale, elle peut être impulsive, obsédante, coïncider avec l'impuissance du coït normal. Il existe des circonstances indépendantes du sujet qui peuvent jouer un rôle provocateur évident.

Tel est l'exemple rapporté par l'auteur, d'une femme de soixante-douze ans, névropathe, à descendance psychopatique qui, à la suite d'un choc moral de l'enfance, a contracté l'amour psycho-sexuel des chiens. Elle avait environ trois ans et demi quand, à la suite d'une violente colère, se roulant sur une pelouse les vêtements en désordre, les deux chiens de la maison vinrent lécher les parties de son corps découvertes. Elle y prit plaisir et se mit en posture d'autres fois de recevoir de nouveau ces caresses. Il arriva que pendant que l'un des chiens portait sa langue sur les parties génitales, l'autre lui léchait la bouche. Elle éprouva une sensation intense qu'elle n'a jamais oubliée, sensation accompagnée d'une tension délicieuse des organes génitaux. A partir de cette époque, elle recherchait les caresses des chiens.

On voit d'ici la suite : répugnance obsédante pour le coït normal, attraction vers les chiens avec obsessions intenses et cependant victorieusement combattues, etc. Observation pleine de détails, extrêmement intéressante et suggestive.

VIII. — *Délire et petit brightisme*; par A. Vigouroux et P. Juquelier, médecin en chef et interne de l'asile de Vaucluse (numéros de juillet, août et septembre). — A côté du délire urémique aigu à grand fracas, il existe également des troubles intellectuels en rapport avec une insuffisance modérée de la fonction rénale. Le délire par insuffisance rénale rentre complètement dans le cadre des délires de rêve et se confond avec eux; de telle sorte que, lorsque les signes physiques du brightisme n'attirent pas l'attention, le clinicien peut commettre une

Digitized by Google

erreur et attribuer indûment les accidents mentaux à une autre cause toxique telle que l'alcool.

Pour déceler cette insuffisance rénale, les auteurs se sont adressés à l'épreuve du bleu de méthylène. L'élimination retardée et prolongée de cette substance indique que le rein ne possède qu'une perméabilité douteuse.

Il y a des causes d'erreur : par exemple, dans certains cas l'analyse des urines démontre que l'auto-intoxication révélée par le délire est complexe et peut dépendre du mauvais fonctionnement de plusieurs appareils, le foie en particulier.

Le délire urémique n'a d'ailleurs aucune caractéristique spéciale, et dans un cas complexe, ce n'est que par une analyse pénétrante des symptômes cliniques qu'on peut arriver à la vérité étiologique.

Suivent huit observations très intéressantes où le rôle de l'intoxication d'origine rénale est habilement mis en évidence.

IX. — *Fin de l'histoire d'un idiot myxœdémateux*; par Bourneville (numéro d'août). — Il s'agit d'un cas type de myxœdème infantile dont M. Bourneville a donné l'observation complète en 1889, et dont il donne ici l'autopsie, la description du squelette, l'analyse chimique de la peau et l'examen histologique du cerveau.

Ces nombreux détails font de cette observation l'une des plus complètes, sinon la plus complète, qui aient été publiées jusqu'à ce jour.

X. — *Nouvelle contribution à l'étude de l'état du fond de l'œil chez les paralytiques généraux. Atrophie papillaire et décollement de la rétine de l'œil droit*; par les Drs P. Kéraval et G. Raviart (numéro d'août). — Observation d'un paralytique qui, outre une atrophie papillaire bi-latérale, présentait un vaste décollement de la rétine de l'œil droit. Ce cas rare apporte une contribution utile au travail précédent des auteurs.

XI. — *Obsession et délire*; par le Dr Marandon de Montyel médecin en chef de Ville-Evrard (numéro de septembre). — M. Séglas a rapporté des faits établissant que les obsessions pouvaient déterminer à leur suite l'apparition d'un véritable délire ; cette opinion est partagée par l'auteur.

Deux cas peuvent se présenter. L'état obsédant est compliqué par une crise de manie ou de lypémanie : c'est le cas le plus fréquent; le délire se manifeste comme une émanation directe, une transformation progressive de l'obsession : c'est le cas le

Digitized by Google

plus rare. M. Marandon présente deux observations cliniques confirmant cette manière de voir.

XII. — *Contribution à l'étude de la catatonie* (*catatonie et démence précoce?*); par le Dr H. Paris, médecin en chef de l'asile de Maréville (numéro de novembre). — M. Paris est d'avis que la catatonie ne peut être considérée que comme caractérisant une phase d'une variété d'aliénation mentale dégénérative. La première phase mélancolique, parfois délire paranoïaque, de la psychose dont la catatonie marquerait la seconde période, apparaîtra constante si l'on peut remonter à toutes les circonstances du début.

Quant à la démence, elle n'apparaît parfois que très tardivement, ce qui rend le terme de démence précoce, aujourd'hui employé, impropre. L'auteur propose, pour le remplacer, celui de psychose catatonique dégénérative, qui tient compte des principales étapes de la maladie.

XIII. — *Contribution à l'étude clinique des monologues chez les aliénés*; par Darcanne, interne provisoire des hôpitaux (numéro de décembre). — Le monologue, en tant qu'il extériorise d'une façon automatique la pensée interne du malade, est un excellent moyen d'observation jusqu'ici peu étudié. M. Darcanne en fait dans ce mémoire l'étude complète.

1° Il en étudie d'abord les symptômes : *a*) extrinsèques, à voix haute ou basse, diurne et nocturne, intermittent ou habituel, en public ou dans la solitude, avec mimique ou non ; *b*) intrinsèques, suivi ou incohérent, logique ou dyslogique.

2° Envisagé au point de vue psychologique, le monologue est une manifestation de l'automatisme mental; idée fixe prépondérante, idéorrhée, hallucinations, dissociation de la personnalité, phénomène subconscient (délires à forme de rêve) ; stéréotypie verbale, langage réflexe, écholalie.

3° Comme valeur séméiologique, le monologue appartient surtout aux formes chroniques d'aliénation mentale et en particulier à la démence et aux délires systématisés. Son contenu peut être utilisé pour le diagnostic (idées de grandeur, salade de mots, etc.).

4° Sa valeur pronostique est considérable, elle se déduit de ses caractères intrinsèques, psychologiques et extrinsèques.

XIV. — *Relation des maladies unilatérales de l'oreille avec les hallucinations de l'ouïe*, par le Dr J. Capgras, médecin adjoint des asiles d'aliénés (numéro de décembre). — A propos d'une observation de mélancolie où des hallucinations unilaté-

Digitized by Google

rales de l'ouïe coïncidaient avec une otite externe, l'auteur discute la question encore obscure du mécanisme de ces hallucinations, et arrive à cette conclusion que les relations entre les maladies unilatérales de l'oreille et les hallucinations de l'ouïe sont variables suivant la prédisposition du sujet, et selon l'influence exercée par les lésions sur l'élément sensoriel et sur l'élément intellectuel dont se compose toute hallucination.

Revue neurologique.

I. — *Catalepsie symptomatique et rythme de Chéyne Stokes*; par A. Bauer (n° 5). — Après avoir rappelé les différents travaux du Dr Brissaud sur la catalepsie symptomatique, syndrome causé par une insuffisance corticale, l'auteur rapporte cinq observations où les attitudes cataleptiformes ont été notées. Il s'agissait dans ces cas de méningite tuberculeuse, de cancer de l'œsophage, d'urémie lente et d'hémorragie cérébrale au cours d'une néphrite chronique (deux cas). « Cette énumération, à elle seule, dit M. Bauer, montre bien que la catalepsie symptomatique se présente dans le cours d'affections diverses. » Nous ne contredisons pas, mais nous remarquons toutefois que sur cinq cas, trois se rattachent au brightisme.

L'auteur attire particulièrement l'attention sur cette circonstance que, chez quatre de ces malades, il y avait coïncidence des attitudes cataleptoïdes et du rythme de Cheyne-Stokes. Il lui paraît qu'une relation peut être établie entre ces faits dont le mécanisme est voisin, sinon identique. On considère le dernier comme un délire respiratoire, un signe d'insuffisance cérébrale; la catalepsie cérébrale découle de la même source : il y a parenté pathogénique des deux signes.

II. — *Absence de lymphocytose arachnoïdienne au cours de la paralysie générale*; par MM. Achard et Henry Grenet (n° 6). — L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien rend au diagnostic du tabes et de la paralysie générale des services qui ne sont point contestables.

Toutefois si, dans la très grande majorité des cas, le liquide renferme des leucocytes, cette règle souffre quelques exceptions Suivent deux observations de paralysie générale où, pendant la période d'état, on n'a pas trouvé les globules blancs dans le liquide céphalo-rachidien.

III. — *Le fou rire prodromique*; par Ch. Féré, médecin de Bicêtre (n° 7). — Le rire est un phénomène physiologique; le

Digitized by Google

fou rire appartient à la pathologie. Il débute d'une manière brusque : c'est un spasme peu à peu généralisé auquel les muscles viscéraux peuvent prendre part. Il est irrésistible ; il ne cesse que quand arrive l'épuisement. Il ressemble à l'attaque d'épilepsie qui parcourt le cycle de ses manifestations convulsives sans que rien puisse l'enrayer. Il diffère des rires réflexes en ce qu'il est précédé et accompagné d'un sentiment agréable.

Le fou rire est contagieux (enfants, femmes, névropathes). Il est provoqué plus spécialement par certaines excitations, comme une réaction soudaine après une émotion pénible, par les anesthésiques, les narcotiques, le protoxyde d'azote, le chloroforme, l'éther, le haschisch, l'opium.

« Toutes les conditions pathologiques qui s'accompagnent d'un affaiblissement général des fonctions nerveuses et d'une augmentation de l'excitabilité prédisposent au fou rire qui constitue un symptôme de plusieurs névropathies : on le voit dans la chorée, dans la paralysie générale, dans la sclérose en plaques ; chez les hystériques il peut constituer un prodrome de l'attaque ou l'attaque tout entière. Chez les cérébraux, il est fréquent et peut être considéré comme une forme de bouffée délirante éphémère ».

En un mot, toutes les causes d'affaiblissement de l'activité spéciale de l'écorce, de l'activité volontaire, peuvent être considérées comme des causes prédisposantes du fou rire. C'est ainsi que l'auteur rapporte deux observations de choréiques dont la maladie a été précédée de ce phénomène.

IV. — *Le tic de l'ours chez le cheval et les tics d'imitation chez l'homme, étude de pathogénie comparée* ; par MM. Fernand Rudler, médecin-major, et Ch. Chomel, vétérinaire en premier (n° 11). — Nous donnerons les conclusions de ce travail, qui intéresse dans une certaine mesure la psychiatrie :

« Le tic de l'ours observé chez le cheval est un trouble psycho-moteur. La théorie pathogénique des tics d'imitation chez l'homme est applicable aux tics de l'ours.

« L'état psychopathique est caractérisé suffisamment par le nervosisme des sujets, l'émotivité, l'impressionnabilité, l'impatience, l'instabilité motrice, une irritabilité distincte de la réflectivité, phénomènes observés à des degrés divers chez tous les sujets.

« Les chevaux atteints du tic de l'ours présentent des stigmates d'asymétrie corporelle, comparables aux stigmates physiques de dégénérescence observés chez les tiqueurs ».

Digitized by Google

V. — *Constitution idéo-obsessive comme forme psychopathologique autonome*; par M. le Dr Serge Soukhanoff, privat docent de l'Université de Moscou (n° 12). — L'auteur veut établir que, parmi les anomalies congénitales de l'organisation neuro-psychique, la constitution idéo-obsessive (ce néologisme exotique veut sans doute caractériser la tendance native aux idées obsédantes) peut être considérée comme une forme morbide autonome. Je crois qu'il vaudrait mieux dire prédisposition morbide; quoi qu'il en soit, n'est-ce pas là proprement enfoncer une porte ouverte, et est-on déjà si loin de Morel qu'il semble qu'on fasse une découverte quand on répète sous une autre forme ce qu'il a si explicitement et si complètement décrit?

VI. — *Méningisme et puérilisme mental paroxystiques chez une hystérique*; par Ernest Dupré et Jean Camus (n° 13). — Cette observation intéressante permet de constater : 1° la succession chez la même malade du méningisme hystérique vérifié par l'épreuve négative du cytodiagnostic et du puérilisme mental; 2° l'existence de la fièvre (fièvre hystérique), phénomène des plus rares dans l'espèce, puisqu'elle accompagne le méningisme, c'est-à-dire une affection purement névropathique. On a cependant cité des exemples de méningisme fébrile (Brun, Marcé); 3° l'existence du signe de Babinski au cours du syndrome pseudo-méningitique; 4° la récidive du méningisme sous forme d'une nouvelle attaque provoquée par une émotion.

VII. — *Troubles psychiques dans un cas de sclérose en plaques*; par le Dr M. Lannois, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon (n° 17). — La sclérose en plaques peut ne s'accompagner que de démence, mais le plus souvent il y a d'autres troubles mentaux. Certains malades présentent un état de satisfaction et d'optimisme qui rappelle celui de la paralysie générale; d'autres sont taciturnes, indifférents, dénués de sentiments affectifs; fréquemment ils présentent une émotivité exagérée, rient et pleurent facilement. Certains ont de la tendance au rire et au pleurer spasmodiques sans que ces phénomènes correspondent en quoi que ce soit à l'état mental. Les observations accumulées mettent d'ailleurs en évidence (Vulpian, Dupré) l'irrégularité, le polymorphisme des troubles mentaux dans une maladie qui consiste précisément dans le polymorphisme des lésions et l'irrégularité de son processus.

L'auteur présente une observation dans laquelle, au cours d'une sclérose en plaques consécutive à une scarlatine chez un

Digitized by Google

garçon de dix-sept ans, on voit brusquement apparaître un délire à forme érotique qui s'est compliqué peu à peu d'idées de persécution, puis de délire de richesses.

Malgré les analogies de ce cas avec la paralysie générale, il n'y a pas lieu de supposer une association morbide ; il paraît plus rationnel d'admettre l'existence de plaques sous-pie-mériennes, intra-tangentielles, intra-radiaires, des lésions de méningite corticale, etc. On conçoit que de semblables lésions du cortex pourront déterminer des troubles symptomatiques très voisins de ceux de la paralysie générale.

VIII. — *Délire hypocondriaque et zoopathie interne chez un débile tabétique, hystérique et gastropathe* ; par Ernest Dupré et Léopold Lévy (n° 8). — Le point intéressant, chez le sujet de cette observation, déjà remarquable par la multiplicité de ses états morbides, c'est la forme du délire. C'est un exemple intéressant de ces psychoses archaïques, jadis épidémiques, dont on n'observe plus aujourd'hui que des spécimens attardés.

Les auteurs appellent l'attention sur cette croyance fréquente de certains hypocondriaques à l'existence de serpents, de vers, d'animaux allongés et rampants et presque toujours aquatiques.

L'origine en est dans la nature des troubles cœnesthésiques ressentis : « Le siège intestinal, la nature hydro-aérique des mouvements anormalement perçus par la sphère sensitive organique hyperesthésiée apportent à la conscience viscérale des sensations de reptation et d'humidité qui se traduisent dans la sphère psychique en représentations vagues de reptiles en mouvement. »

IX. — *Un cas d'association du tabes à la paralysie générale* ; par A. Joffroy et E. Rabaud (n° 22). — M. Joffroy a, depuis longtemps déjà, décrit une forme de paralysie générale qu'il a qualifiée de tabétiforme. Il en a décrit les lésions qui, dans la grande majorité des cas, diffèrent notablement de celles que l'on rencontre dans la moelle des tabétiques vulgaires. Cette forme répond à une association fréquente de symptômes paralytiques et tabétiques. C'est le cas le plus ordinaire. Mais on peut aussi observer les lésions habituelles du tabes classique dans la moelle des paralytiques généraux, quoique beaucoup plus rarement. Les auteurs rapportent précisément un cas de ce genre chez une femme de trente ans qui succomba deux ans après l'apparition des troubles tabétiques. A l'autopsie, racines postérieures dégénérées dans la région lombaire avec dégénérescence presque totale des cordons postérieurs diminuant au

Digitized by Google

fur et à mesure qu'on examine des régions plus élevées de la moelle.

X. — *Le neurone et ses impossibilités ; conception caténaire du tube nerveux agent actif de la transmission nerveuse* ; par G. Durante, ancien interne des hôpitaux de Paris (n° 22). — De la discussion serrée de l'auteur, qu'il est impossible de résumer succinctement, il résulte que la conception du neurone unité cellulaire, comprenant la cellule ganglionnaire, ses prolongements protoplasmiques et le cylindre-axe du nerf correspondant, est une hypothèse contraire aux données embryologiques, anatomiques, pathologiques et physiologiques.

La cellule ganglionnaire et le tube nerveux sont des organes différents et jusqu'à un certain point indépendants l'un de l'autre. Le cylindre-axe n'est pas le prolongement d'une cellule centrale. Le tube nerveux est constitué par un chapelet de neuroblastes. A son extrémité centrale, chaque tube nerveux paraît se mettre en rapport par son faisceau de fibrilles avec le réseau péricellulaire de plusieurs cellules nerveuses. Les neuroblastes périphériques ont une individualité fonctionnelle ; ils prennent une part active à la conductibilité, ou plutôt à la transmission nerveuse qui paraît être, non un courant, mais une excitation communiquée activement de cellule en cellule.

Le progrès médical.

I. — *La catalepsie symptomatique* ; par le Pr Brissaud, médecin de l'Hôtel-Dieu (n° 1). — Le mot *catalepsie* n'a jamais cessé d'évoquer l'idée d'une névrose, au même titre que l'épilepsie et l'hystérie. Charcot en fit une simple forme épisodique de cette dernière. En réalité c'est un syndrome quelquefois, en apparence au moins, d'origine spontanée, le plus souvent symptomatique. Il est caractérisé par la faculté qu'ont les muscles de recevoir et de garder tous les degrés de contraction qu'on leur donne. Cette faculté est la conséquence, non de l'insensibilité et du coma qui, d'après Lasègue, l'accompagnent, mais, bien au contraire, d'un état mental particulier, d'une activité très restreinte, très limitée si l'on veut de l'écorce cérébrale sous forme de délire hallucinatoire ou confus, de telle sorte que les attitudes cataleptiques sont superposées à un délire et concordent avec le caractère de ce délire.

En conséquence, la catalepsie n'est pas fonction de l'urémie brightique, comme le supposent les aliénistes. On l'a d'ailleurs

Digitized by Google

signalée, depuis les premiers travaux de M. Brissaud sur ce sujet, dans une foule de maladies : ictère, fièvre typhoïde, tuberculose généralisée, méningisme ; dans le délire alcoolique aigu, etc.

Ainsi les accidents morbides primitifs auxquels la catalepsie peut se surajouter sont de nature très diverse, d'où il résulte que son étiologie, sinon sa pathogénie, est multiple.

Toutefois il n'est pas douteux que la maladie de Bright tient la place la plus importante dans l'étiologie de la catalepsie symptomatique, mais il n'en résulte pas qu'il faille l'attribuer dans ce cas à l'intoxication, bien que cette dernière joue un rôle à l'origine. La substance toxique détermine des lésions vasculaires ou des troubles fonctionnels circulatoires, ceux-ci engendrent des troubles psychiques dont la catalepsie n'est que la traduction, et ces deux ordres de phénomènes se manifestent et se modifient conformément aux oscillations des phénomènes circulatoires. L'intoxication disparaît, mais ses conséquences peuvent persister plus ou moins longtemps.

Suit une très intéressante observation d'un individu de soixante-quatre ans, qui, à la suite d'une tentative de suicide par le charbon, tomba dans une hébétude profonde avec confusion mentale et attitudes cataleptiques qui persistèrent vingt jours environ, c'est-à-dire longtemps après la disparition de toute intoxication oxycarbonée.

Il succomba peu après, et à l'autopsie on constata de multiples foyers hémorragiques de l'écorce et un vaste foyer de ramollissement blanc central.

Le mécanisme de la catalepsie symptomatique doit donc être cherché dans des troubles circulatoires. A l'état physiologique on en trouve une preuve dans le sommeil de l'enfant qui, incomplètement réveillé, peut recevoir des attitudes cataleptiformes.

« Quel est, dit l'auteur, le phénomène circulatoire créé par le sommeil qui provoque cette aptitude à l'activité passive? Je ne saurais le dire. Mais assurément ce n'est pas un phénomène d'intoxication. »

II. — *Action suspensive de la morphinisation sur les manifestations convulsives de l'hystérie et de l'épilepsie* ; par A. Antheaume, ancien chef de clinique de la Faculté (n° 29). — Dans la plupart des intoxications, c'est lorsque le malade est en pleine puissance du poison que les manifestations nerveuses ou convulsives apparaissent ; au contraire, elles diminuent

Digitized by Google

lorsqu'on supprime la substance toxique. La morphine constitue une exception à cette règle ; elle ne donne guère lieu au développement des accidents hystériformes ou épileptiformes que lorsqu'on la supprime. L'auteur en fournit deux exemples.

Dans la première observation, il s'agit d'une jeune femme atteinte dès l'enfance d'épilepsie à grandes attaques qui disparurent sous l'influence de l'intoxication morphinique. Elle ne guérit de sa morphinomanie que pour être de nouveau en proie aux troubles convulsifs du mal comitial.

La seconde observation concerne une hystérique à crises dont les accidents convulsifs disparurent sous l'influence de l'abus de la morphine. Pendant le sevrage, elle eut des troubles délirants hallucinatoires d'abord, puis de grandes attaques qui allèrent en s'espaçant. L'auteur l'ayant perdue de vue n'a pu savoir quelle a été la marche subséquente de la maladie.

III. — *Troubles mentaux à forme mélancolique avec anxiété dus à l'existence ignorée de polypes muqueux des fosses nasales et guéris par l'ablation de ces tumeurs* ; par le Dr Royet, ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon (n° 33). — L'apparition des troubles mentaux, à la suite d'une affection des cavités naso-pharyngiennes, a été signalée par de nombreux auteurs. D'une façon habituelle, ces troubles sont de forme atténuée, ce sont des états neurasthéniques, qui ne vont pas jusqu'au véritable délire, mais il n'en est pas toujours ainsi surtout si, ce qui est le plus habituel, la lésion du nez n'est même pas soupçonnée.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade, soigné comme névropathe, et même comme délirant systématique, par des sommités médicales de Paris et de Lyon, et qui guérit après l'ablation de polypes des fosses nasales.

Un fait à noter, c'est l'intensité paradoxale des phénomènes nerveux par rapport à la faible importance de la lésion. Il faut faire intervenir en pareil cas la notion de prédisposition individuelle, héréditaire ou accidentelle.

IV. — *La ponction lombaire contre la céphalée des brightiques* ; par le Dr Legrain, médecin en chef des Asiles de la Seine, et le Dr Guiard, ancien interne des Asiles de la Seine (n° 44). — Le traitement de la céphalée urémique par la ponction lombaire est d'invention récente. Inauguré en Allemagne il y a six ans, il a été appliqué en France d'abord par MM. Pierre Marie et Guillain et par M. Le Gendre, qui ont obtenu des succès. Dans une série de cas, cependant, tant à l'étranger

Digitized by Google

qu'en France, l'urémie cérébrale n'a été nullement influencée par la ponction lombaire.

Les auteurs rapportent l'observation clinique d'un brightique chez qui des ponctions lombaires successives ont toujours amené une amélioration et presque une disparition d'une céphalée persistante.

A ce propos, ils se demandent comment agit la ponction. Est-ce en diminuant l'hypertension du liquide céphalo-rachidien ou en diminuant les phénomènes d'intoxication (auto-intoxication de la cellule nerveuse)? Ils opinent pour cette seconde alternative. En somme, on a dans la ponction lombaire une ressource précieuse contre la céphalée persistante des brightiques, quand tous les autres modes de traitement ont échoué.

V. — *Traumatismes multiples et paralysie générale*; par le Dr A. Marie, médecin de l'asile de Villejuif, et le Dr Violet, interne (n° 46). — Relation d'une observation de paralysie générale survenue, vers l'âge de trente-cinq ans, chez un individu ayant eu antérieurement, et dans les premières années de sa vie principalement, un nombre invraisemblable de fractures. Les auteurs invoquent, pour expliquer cette fragilité exceptionnelle des os, la syphilis héréditaire.

Archives générales de médecine.

I. — *Hémiplégie à répétition d'origine urémique*; par le Dr J. Le Calvé, de Redon (n° 10). — L'hémiplégie des néphrites interstitielles chroniques apparaît brusquement et offre, le plus communément, une ressemblance frappante avec l'hémiplégie de cause organique. Au contraire, dans les néphrites suraiguës, l'hémiplégie, précédée de prodromes, est transitoire, flasque et éphémère. Dans les deux cas, elle ne rétrocède aussitôt que pour réapparaître à diverses reprises.

Suit une observation d'hémiplégie à répétition, chez un homme de quarante-cinq ans, atteint d'artério-sclérose et de néphrite interstitielle. Les accidents disparurent complètement et le malade guérit.

L'auteur invoque la formation d'un œdème cérébral localisé principalement dans la corticalité de l'insula. La théorie toxique lui paraît moins satisfaisante pour expliquer les faits.

II. — *Le sang dans la paralysie générale et le tabes*; par les Drs Klippel et E. Lefas (n° 17). — L'étude du sang dans

Digitized by Google

la paralysie générale est d'autant plus intéressante que cette maladie évoque complètement l'idée d'infection microbienne, spécialement dans les formes inflammatoires. De leurs recherches, opérées aux trois périodes, les auteurs concluent comme suit :

« En nous résumant, nous trouvons que, dans la paralysie générale, il n'existe pas d'anémie rouge, pas de leucocytose proprement dite, enfin qu'il y a un déséquilibre de la formule leucocytaire normale, défaut d'équilibre qui se traduit au début par une augmentation des polynucléaires, et, plus tard, des lymphocytes. Au début, il existe une infection avec réaction de l'organisme, se traduisant par la polynucléose, et parfois l'apparition de globules rouges nucléés ; à la seconde et à la troisième période, l'organisme ne réagit plus, et on a les signes d'une infection torpide (mononucléose lymphocytique). De même dans les tabes, où parfois on observe de l'anémie rouge et de l'éosinophilie réactionnelle ».

III. — *Acrocyanose et crampe des écrivains*; par les Drs E. Brissaud, L. Hallion et H. Meige (n° 37). — A propos d'un malade ayant présenté ces deux ordres de symptômes, les auteurs montrent qu'entre les pénomènes spasmodiques qui portent sur les muscles de la vie de relation et ceux qu'on observe dans l'appareil musculaire des vaisseaux sanguins, il existe des connexions non douteuses. L'ischémie d'un membre peut entraîner des désordres moteurs ; l'inactivité de ce même membre entraîne l'alanguissement de l'irrigation sanguine. Mais dans l'espèce, il s'agit de phénomènes d'origine psychique; l'acrocyanose est d'origine corticale au même titre que les troubles moteurs. On sait déjà que l'hystérie est capable de produire des accidents de ce genre, qu'une simple suggestion suffit à faire disparaître. En dehors de l'hystérie, d'autres perturbations corticales sont parfaitement capables de produire des désordres vaso-moteurs. « On parle avec raison de névroses vaso-motrices dont les manifestations, moins mobiles que celles de l'hystérie, ne peuvent cependant être rattachées qu'à des phénomènes corticaux. » C'est ce que les aliénistes, habitués à observer les manifestations vaso-motrices qui accompagnent invariablement les états de dépression et de stupeur, ne songèrent jamais à mettre en doute.

IV. — *Rapports entre l'activité cérébrale et la composition des urines* ; par le Dr M. Boigey, médecin aide-major (n° 50). — « Supposons, dit l'auteur, un homme arrivé à son dévelop-

Digitized by Google

pement physique complet, prenant chaque jour, aux mêmes heures, les mêmes aliments ; admettons ensuite que ses matières fécales aient le même poids et la même composition, que la température, la pression barométrique, l'état hygrométrique soient identiques, qu'il n'éprouve pas dans son poids de variation importante ; imaginons ce sujet, pendant une série de jours distincts, tantôt à l'état de repos, tantôt à l'état d'activité musculaire, tantôt à l'état d'activité cérébrale, recueillons et analysons ses urines. Si, dans ces conditions, nous découvrons des variations de composition s'effectuant dans le même sens, se répétant avec régularité, nous serons bien en droit d'en rapporter la cause aux différents états dans lesquels s'est trouvé l'organisme et d'établir des rapports. »

Conformément à ce programme, M. Boigey s'est pris pour sujet d'expérience et, de ses analyses, il tire la formule suivante : « L'exercice de l'activité cérébrale proprement dite ou de la pensée, s'accompagne, d'une part, de la production plus abondante dans l'urine des phosphates alcalins et de l'acide urique, et, d'autre part, de la diminution de l'urée. »

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

I. — *Perversion de l'instinct génésique*; *anosmie*; *affaire Ardisson*; par les Drs Belletrud et Mercier, médecin-directeur et médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Pierrefeu (numéro de juin). — Observation complète d'un débile anosmique, à l'hérédité très chargée, qui, excité génital et dépravé depuis son enfance, finit, à la faveur de son emploi de fossoyeur, par déterrer des cadavres de femmes, par les profaner d'abord sur place, puis par en transporter un à son domicile, où il le conserve pour se livrer plus à son aise à son ignoble penchant. Trahi par les émanations qui s'en dégageaient, il fut poursuivi, acquitté comme irresponsable, et placé à l'asile d'aliénés du Var.

C'était un dépravé plutôt qu'un perverti, car il déclara que s'il avait agi de la façon que l'on sait, c'était pour assouvir ses besoins génésiques, mais qu'il eût beaucoup mieux aimé avoir des femmes vivantes à sa disposition.

II. — *Les hystériques accusatrices*; par le Dr Paul Garnier, médecin de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police (numéros d'octobre et de novembre). — L'hystérique présente fréquemment des perversions instinctives profondes, qui la dési-

Digitized by Google

gnent comme essentiellement dangereuse pour la sécurité et l'honneur des personnes. La tendance calomniatrice est bien, chez elle, fonction de la névrose, dont on ne saurait d'ailleurs méconnaître les relations avec la dégénérescence. Elle se traduit en des formes diverses et d'une gravité progressive : 1° l'inventivité, simplement malveillante; 2° l'insinuation accusatrice; 3° l'imputation calomnieuse. Cette dernière seule est réellement grave au point de vue social.

Suivent trois observations très détaillées, offrant cinq cas de dénonciations calomnieuses, ayant entraîné les conséquences les plus désastreuses pour ceux qui en ont été l'objet.

M. Garnier fait, à propos de ces observations, les réflexions suivantes : Les trois malades ont manifesté leur tendance morbide à des âges compris entre onze et vingt-deux ans; chez deux des malades, il y a eu récidive; l'occasion des accusations a été une rancune profonde, et, dans quatre cas, rancune amoureuse. Aussi, ces sortes d'accusations se montrent-elles plus fréquentes sous formes d'accusations de viol; ce qui résulte, non d'hyperesthésie sexuelle, mais de raisons psychologiques banales (désir de noircir à l'extrême le calomnié et de se rendre le plus sympathique possible).

Dans la pathogénie de ces dénonciations entre tantôt un véritable prurit d'inventivité, tantôt un entraînement inconscient à s'illusionner ou à illusionner les autres. Entraînées dans la vie factice que leur cerveau a enfantée, certaines de ces hystériques ignorent, dès ce moment, qu'elles mentent, et de fait, elles ne mentent pas; elles rêvent éveillées, se dédoublent en quelque sorte, et vivent leur existence double à la façon d'un rêve.

Chez l'hystérique calomniatrice, qui ne se suggestionne pas ainsi, le mobile le plus puissant est le besoin de se mettre en évidence, à ce point que souvent l'*auto-accusation* vient, au besoin, renforcer l'*hétéro-accusation*, de manière que le roman imaginé acquiert son plus haut degré d'intensité dramatique.

Les tendances accusatrices des hystériques offrent des analogies frappantes avec la disposition au mensonge de certains enfants. Ce qui s'explique, dans les deux cas, par le manque de cohésion mentale.

A. Cullerre.

Digitized by Google

JOURNAUX ALLEMANDS

Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie.

ANNÉE 1903

I. — *Sur les attaques hystériques apparues tardivement chez les épileptiques;* par le Dr S. Herman Orel (numéro de janvier). — Dans la première observation — des deux que l'auteur relate — des manifestations hystériques survinrent après vingt années d'existence des troubles épileptiques. Les deux genres d'attaques n'étaient nullement combinés cliniquement; les dernières apparues précédaient toujours les autres. Les signes cliniques des attaques hystériques étaient les suivants : contractures généralisées, anesthésies considérables, troubles aphasiques, laryngospasme, trismus transitoire, expression mimique montrant tour à tour l'étonnement, la peur, l'anxiété, etc., et en outre, parfois, des grands mouvements amenant l'arc de cercle classique. Ces troubles apparaissaient d'une façon périodique et quelquefois se répétaient dans une même journée. Leur éclosion n'était occasionnée par aucune cause évidente; la conscience étant lucide et pas de phénomènes hallucinatoires.

Dans la seconde observation le malade souffrait depuis sa douzième année d'attaques épileptiques; c'est seulement après un intervalle de dix-huit années que les manifestations hystériques apparurent. Une sorte d'aura précédait les attaques : maux de tête, lassitude, insomnie; le malade commençait à sauter de son lit et à resauter et cela pendant vingt minutes. Le lendemain l'attaque s'installait : rigidité généralisée, mouvements brusques de la tête, les yeux entr'ouverts sans clignement des paupières, catalepsie manifeste et manque de réaction aux piqûres, solution de quinine, etc. D'autres fois, à la place de ces phénomènes il y avait des grands mouvements et des positions forcées qui dominaient le tableau : arc de cercle, lancement des extrémités contracturées, boule hystérique, face cyanosée, respiration difficile, etc. De plus, pendant la durée de l'attaque, des hallucinations visuelles : la vue des animaux, des visages et d'extrémités humains en mouvement sur le mur de la chambre. Ces hallucinations apparaissaient de préférence quand le malade se trouvait seul.

Digitized by Google

Comme étiologie de ces troubles l'auteur incrimine l'alcoolisme des parents et l'abus antérieur de la part des malades. Mais probablement, l'auto-intoxication admise de nos jours dans l'épilepsie joue un grand rôle dans l'éclosion des troubles hystériques. En faveur de cette idée il y a l'existence de l'épilepsie déjà depuis longtemps, la manque de prédisposition, l'apparition des attaques hystériques soit avant, soit après les épileptiques.

Bref, selon l'auteur, l'épilepsie a servi dans ces cas comme facteur étiologique dans l'éclosion des phénomènes hystériques.

II. — *La Scopolamine* (*Hyoscine*) *hydrobromique;* par le Dr Bumcke, de Freiburg (numéros de janvier et février). — Ce sont les propres résultats obtenus par l'auteur même à la suite de l'emploi de l'hyoscine, qui se trouvent exposés dans ce travail. Les deux substances médicamenteuses (Hyoscine et Scopolamine) ont pour Bumcke un même effet thérapeutique. L'action n'est pas spécifique, le médicament agit comme sédatif et non comme hypnotique. Par son influence particulière sur l'agitation motrice (paralysie ou diminution de l'excitabilité corticale) le médicament éloignant la cause qui s'opposait au sommeil, l'agrypine disparaît et partant l'épuisement se fait jour. La dose employée est de 0,001 ou 0,005 milligrammes, mais jamais 0,002 milligrammes, et cela, non à cause de la toxicité de l'hyoscine mais parce qu'une augmentation de la dose ne paraît pas nécessaire. Au-dessous de 0,005 tout effet favorable désiré échoue. Le sommeil survient après trois jusqu'à trente minutes; cette période dépassée, on ne doit plus s'attendre à l'effet, la dose ayant été trop petite.

Les cas d'intoxication qu'on a prétendu rencontrer à la suite de l'usage de la scopolamine n'ont pas été observés par Bumcke. Ils sont dus soit à l'impureté du médicament, soit parce que la préparation était déjà ancienne. (La maison Merk procure la meilleure hyoscine.) L'hyoscine a une certaine action sur l'appareil vasculaire. En cas de maladies du cœur, d'artériosclérose, l'emploi doit être fait avec plus de prudence, bien que l'auteur n'en ait rencontré aucun effet nuisible. Sur l'appareil respiratoire, le rein, la température, l'action est nulle. C'est seulement la sécrétion salivaire et sudorale qui est diminuée par l'usage du médicament.

Bref, pour l'auteur, l'hyoscine est le plus puissant sédatif que nous possédons. Il n'a aucune influence sur l'évolution et la marche de la psychose. Sa toxicité est presque nulle. On rencontre quelques troubles en cas d'idiosyncrasie, mais sans

Digitized by Google

effets sérieux. On n'a jamais rencontré la mort occasionnée par ce médicament. C'est par suite de son emploi à des doses maximales qu'on soupçonne sa grande toxicité, et on évite ainsi son usage plus souvent, surtout dans la pratique, où il donnerait des résultats excellents.

III. — *Sur la manie épileptique, avec quelques considérations sur la fuite des idées;* par le Dr de Heilbronner, de Halle (numéros de mars et avril). — Les symptômes décrits habituellement comme étant propres à la manie pure peuvent apparaître aussi dans d'autres cas de manifestations morbides. L'auteur relate, à cet effet, les observations des deux cas de manie épileptique; la fuite des idées (Ideenflucht), le besoin impulsif de parler (Rededrang), la « distrabilité » facile (Ablenkbarkeit) se montrent d'une façon manifeste. En plus, la fuite des idées peut être décelée aussi dans les cas où le besoin impulsif de parler manque, et par conséquent dans ces cas le premier symptôme est latent (2e observation).

Il conclut entre autres que « la fuite des idées » ainsi que la « distrabilité » ne marchent pas parallèlement à la réaction psychomotrice, et que le premier symptôme ne peut pas être expliqué par la simple augmentation de l'excitation psychomotrice. Car dans de semblables circonstances il devait avoir lieu une exagération du trouble au prorata de la réaction motrice, ce qui n'est pas le cas. Il y a encore un autre facteur qui s'y ajoute, c'est un trouble qui doit se passer du côté du mécanisme de l'association.

IV. — *Sur les hallucinations de la pensée et sur les hallucinations sans idées délirantes* (« *Echo de la pensée des Français* »); par le Dr Probst, de Vienne (numéro de mai). — L'auteur eut l'occasion d'étudier ce phénomène morbide dans un cas fort intéressant, par le fait qu'il n'existait aucune manifestation délirante, aucun trouble du côté du jugement. D'accord avec Klinke, Koeppen et Bechterew, Probst attache le plus grand rôle dans la genèse du phénomène au centre sonore, tandis que l'image motrice verbale (Cramer) y est pour peu.

Ce genre d'hallucinations se rencontre seulement chez les aliénés, rarement chez les normaux, et dans ce dernier cas seulement à la suite de l'usage des toxiques (hyoscine, alcool). Le pronostic ne doit pas être toujours défavorable.

V. — *Sur le délire paraldéhydique, sur l'action de la paraldéhyde et considérations sur d'autres médicaments hypnotiques*; par le Dr Probst, de Vienne (numéro d'août). — Un

Digitized by Google

long exposé sur le paraldéhyde accompagné de nombreuses indications bibliographiques.

L'auteur cite l'observation d'un cas de délire paraldéhydique. La dose ingérée était de 150 grammes dans un intervalle de trente-six heures. Les troubles étaient semblables à ceux qu'on rencontre dans le délire alcoolique : anxiété, hallucinations, agitation, contractions musculaires, paralysies des vaisseaux, sueurs, etc.; en outre, la présence d'une grosse quantité d'acétone dans l'urine. Quelle importance revient à ce dernier signe, on ne pourrait pas donner une réponse définitive.

Dans des cas où la dose de paraldéhyde est normale, on ne constate pas une semblable élimination du côté du rein. Un fait reste toujours certain, c'est que la paraldéhyde est reçue dans le sang et s'élimine par le poumon.

Comme conclusion l'auteur soutient que la paraldéhyde est le plus inoffensif de tous les médicaments somnifères qu'on possède actuellement.

Le trional et le sulfonal donnent lieu, au contraire, à des phénomènes d'intoxication et même à une issue mortelle.

VI. — *Sur les troubles dans le domaine de la perception chez les aliénés*; par le prof. Becheterew (numéro de juin). — Semblables aux troubles physiques qu'on rencontre dans le domaine de la sensibilité, l'auteur décrit des manifestations morbides équivalentes conditionnées psychiquement (psycho-anesthésie et psycho-hyperesthésie). En faveur de cette idée l'auteur relate une observation de catatonie où la psycho-anesthésie apparaît d'une façon manifeste dans le domaine de la sensibilité générale. Le cas, selon nous, ressemble sensiblement, par ses symptômes, au délire de négation de Cotard et Séglas décrit dans la mélancolie et la paranoia primitive hypocondriaque (Séglas, *Leçons cliniques*, p. 655).

VII. — *Considérations cliniques et pathogéniques sur les psychoses anxieuses*; par le Dr E. Stransky, de Vienne (numéro de juillet). — Deux cas viennent en faveur de cette thèse.

Le premier se rapporte à un individu de trente-trois ans qui a souffert antérieurement de rhumatisme articulaire s'étant compliqué ensuite d'une insuffisance mitrale. Depuis ce temps-là il fut sujet à des attaques paroxystiques du côté du cœur, s'accompagnant d'anxiété précordiale.

L'anxiété s'est accrue petit à petit et acquit une teinte concrète; de cette manière apparurent des peurs pessimistes, remords, auto-acccusations, et même tentative de suicide.

Digitized by Google

La seconde observation est semblable, dans ses traits généraux, à la première. L'auteur cherche à éclairer la pathogénie de ces troubles et le rapport existant entre les psychoses anxieuses et les maladies du cœur.

La théorie qui tend à expliquer les manifestations morbides anxieuses comme étant dues aux troubles dans la circulation, n'est pas admise par Stransky. L'hyperexcitabilité des nerfs sensitifs du cœur, hyperexcitabilité provoquée par la maladie cardiaque, y entre pour une part ; mais en outre un cerveau prédisposé devra élaborer ultérieurement ces sensations anxieuses élémentaires ; de cette manière le contenu de la conscience devient faussé. L'auteur insiste sur la distinction à faire entre la sensation spéciale du côté du cœur et l'état affectif anxieux ; la première est primitive, le ton affectif anxieux est né secondairement. Une sensation peut être hallucinée et non un état affectif.

VIII. — *Contributions cliniques sur les psychoses périodiques* ; par le Dr A. Pilcz, de Vienne (numéro de décembre). — Un cas rare de psychose périodique sous forme d'amentia dans le sens de Meynert (confusion mentale primitive des Français).

Les troubles dans le domaine de la psychomotilité, du ton humoral, du processus associatif font défaut. Les troubles psychosensoriels et la confusion spéciale ne permettent pas de faire entrer le cas dans le groupe de la psychose maniaco-dépressive, forme délirante, encore moins à le considérer comme un état de confusion délirante périodique, fonction de l'épilepsie psychique. L'absence des troubles démentiels et des signes catatoniques le distingue encore de la démence précoce.

Les accès périodiques se ressemblent photographiquement entre eux.

L'auteur décrit encore un cas de psychose périodique (maniaco-dépressive) remarquable par la durée des phases isolées, différente de celle qu'on rencontre dans les cas classiques.

IX. — *Sur la psychose hallucinatoire dans les affections de l'organe de l'ouïe* ; par le professeur Becheterew, de Saint-Pétersbourg (numéro de septembre). — C'est une étude clinique sur cette psychose hallucinatoire ayant une semblable étiologie. La manifestation morbide, pour l'auteur, est propre à ce genre d'affections et ne peut être confondue avec aucune des psychoses connues (confusion hallucinatoire, délire hallucinatoire primitif, etc.). C'est le catarrhe de l'oreille moyenne ou de la trompe qui est la cause directe de la psychose.

Digitized by Google

Une prédisposition individuelle se traduisant par une excitabilité exagérée du système nerveux y jouerait un certain rôle. Le pronostic de la psychose dépend de l'affection organique existante à sa base.

X. — *Les troubles amnésiques consécutifs aux tentatives de suicide par strangulation*; par M. le Dr Sommer, d'Iéna (numéro de septembre). — Les troubles amnésiques ainsi que les convulsions et d'autres signes psychiques transitoires qu'on rencontre à la suite des tentatives de suicide par strangulation, sont-ils la conséquence des processus asphyxiques et de l'obstruction de la carotide (opinion de Wagner), ou bien sont-ils simplement de nature hystérique (opinion de Moebius)?

L'auteur, dans son travail, à l'aide des deux observations, incline vers la première manière de voir. Les connaissances qu'on possède actuellement sur la pathologie cellulaire sont suffisantes à les éclairer. Les troubles qui surviennent dans la nutrition des cellules nerveuses, par suite de l'entrave amenée au cours du sang veineux (effet de l'obstruction de la carotide), peuvent occasionner un défaut ou un arrêt dans le fonctionnement de ces cellules, d'où il s'ensuit surtout les troubles amnésiques dans les cas des tentatives de suicide par strangulation.

Pour l'auteur, la seconde hypothèse (de Moebius) ne conviendrait que dans des cas rares.

XI. — *La paralysie générale galopante. Considérations sur la symptomatologie et l'anatomie pathologique de cette affection*; par le Dr Weber, de Göttingen (numéros de novembre et décembre). — C'est la description d'un cas de paralysie générale galopante dont la durée fut de six mois. L'évolution dans son ensemble a été marquée de trois stades : le premier, stade d'excitation avec des hallucinations; le second, d'accalmie qui dura presque deux mois et demi; enfin le dernier, un état de dépression qui fut suivie de la mort. C'est dans ce stade que se montrèrent les signes somatiques de la maladie; tandis que dans les deux premiers, ils faisaient entièrement défaut et le diagnostic de paralysie générale était impossible.

Par sa courte durée, le cas peut être classé dans le groupe de paralysies générales aiguës à marche rapide selon Buchholtz, mais par son tableau symptomatologique il s'en éloigne. La présence du délire aigu n'est pas la caractéristique des semblables cas, comme le croit Buchholtz; il est plutôt un accident n'ayant pas trop à faire avec la maladie fondamentale. La localisation anatomo-topographique ou bien l'intervention des

Digitized by Google

facteurs non favorables (nutrition défectueuse) peuvent provoquer l'apparition du complexus symptomatique délire aigu, de façon que celui-là peut se rencontrer dans tous les cas de psychoses aiguës.

Ce sont surtout les données anatomo-pathologiques, qui conditionnent les formes de la paralysie générale.

Dans ce cas on doit trouver la prédominance d'un processus inflammatoire, récent, tandis que les altérations d'ordre régressif paraissent insignifiantes.

Microscopiquement le processus fondamental de la paralysie générale galopante est l'altération diffuse, primitive des vaisseaux petits et moyens. Autour d'eux on remarque un manteau prolifératif plutôt de formation conjonctive que sanguine. La névroglie atteinte secondairement, se remarque par une néoproduction des cellules et fibres, placées de préférence autour des vaisseaux ; les éléments nerveux nobles sont atteints encore secondairement, elle se révèle par la disparition des fibres et l'atrophie des cellules, atrophie variable dans son aspect.

Dr Soutzo fils, de Bucarest.

JOURNAUX ITALIENS

Annali di freniatria e scienze affini.

Année 1902

I. — *Sur l'action physiologique du champ magnétique. Recherches*; par le Dr V. Grandis (fasc. 1 et 2). — D'une série d'expériences faites au laboratoire de physiologie de la Faculté de Buenos-Ayres et portant sur le nerf sciatique du *Leptodactylus ocellatus*, soumis à l'action d'un champ magnétique de conditions différentes, le Dr Grandis tire les conclusions suivantes :

Le nerf possède la propriété de ressentir l'action des lignes de force émanant d'un champ magnétique, à la condition que ces lignes le touchent selon une direction perpendiculaire à celle de ses fibres. L'excitation déterminée par cette forme d'énergie est d'une nature différente de l'excitation produite par le passage direct du courant, qu'il soit induit ou constant.

Digitized by Google

Chacune de ces formes d'excitation éveille aussi une réaction musculaire, quand par ailleurs toute réceptivité a été complètement épuisée. Les expériences de l'auteur ne lui permettent pas d'expliquer par aucune hypothèse la cause probable de cette différence; il en ressort cependant ce fait important, que le muscle cesse de se contracter, pour un stimulus déterminé, bien avant que soit épuisée la provision d'énergie latente emmagasinée dans le complexus de ses fibres. D'où l'on peut conclure que, dans toutes les expériences faites sur le *Leptodactylus*, aussi bien que le phénomène de fatigue musculaire, il y a lieu d'enregistrer le phénomène de *fatigue nerveuse*.

Cette fatigue nerveuse présente le caractère très singulier de pouvoir être considérée, non comme un épuisement absolu du nerf supprimant la réceptivité de tout stimulus, mais comme un épuisement relatif pour une forme spéciale d'excitation. En changeant l'excitant, le nerf peut recueillir l'action d'un nouveau stimulus et réveiller l'activité du muscle qui, de son côté, conserve une disponibilité d'énergie latente. A côté de cette notion généralement admise, que les nerfs ont seulement une fonction de conduction non susceptible d'être épuisée, il y aurait donc lieu d'admettre cette proposition, « qu'il existe une fatigue des nerfs différente de la fatigue musculaire, et dont les caractères diffèrent eux-mêmes selon la nature du stimulus qui l'a déterminée ».

II. — *L'isotonie du sang des aliénés. Contribution médico-légale au diagnostic des simulations d'états psychopatiques*; par le Dr Vitige Tirelli (fasc. 1). — Recherches portant sur l'examen de 75 malades et comprenant les principales formes psychopatiques. Conclusions :

1° La résistance globulaire diminue sensiblement dans les formes maniaques et proportionnellement à la durée et à la gravité des accès; elle se maintient dans la moyenne commune ou augmente sensiblement dans les formes mélancoliques associées à l'hypoémie grave; dans les formes périodiques et circulaires elle varie peu pendant et entre les accès.

2° La résistance globulaire s'abaisse d'une façon notable dans les phrénoses épileptiques typiques; le maximum de l'hypo-isotonie coïncide avec l'attaque, ou la précède, ou la suit de près; elle diminue nettement dans les équivalents épileptiques à type maniaque; elle subit peu de variations dans les accès vertigineux ou larvés d'épilepsie; elle demeure rarement normale durant le cycle épileptique.

Digitized by Google

3° L'application de ces constatations à la pratique de la médecine légale donne à retenir que, si la recherche isotonique du sang est insuffisante pour dépister une simulation éventuelle dans les cas de folie périodique ou circulaire à réaction légère, d'épilepsie vertigineuse ou d'hystéro-épilepsie, elle peut rendre des services importants quand il s'agit d'état maniaque ou mélancolique d'assez longue durée ou d'accès épileptiques typiques.

III. — *Sur un cas d'acromégalie*; par le Dr Filipello (fasc. 1). — Observation clinique et nécropsique d'un cas présentant les symptômes ordinaires et au sujet duquel l'auteur, reprenant les diverses hypothèses pathogéniques émises sur cette affection, conclut avec Souques, qu'en l'état actuel le traitement de l'acromégalie ne peut être que symptomatique.

IV. — *Contribution à l'étude de quelques faits d'irritation dans les ganglions spinaux du lapin consécutifs à la section du nerf sciatique*; par le Dr Pier Francesco Arullani (fasc. 1). — Une semaine après la section, on note la kariokinèse dans les ganglions intervertébraux correspondants; deux semaines après la section, il n'y a plus de kariokinèse dans les ganglions, comme il arrive dans les conditions normales. Quelle est la cause de ces formes de prolifération dans les éléments interstitiels du ganglion? Il ne peut être question d'irritation de la substance du ganglion, ni de lymphocitose; et l'on ne peut invoquer que l'irritation produite par la section du nerf et transmise par la gaine du nerf lui-même.

V. — *Sur quelques particularités de structure de la fibre musculaire striée, en rapport avec le diagnostic de l'acromégalie*; par le Dr Carlo Martinotti (fasc. 1). — L'examen histologique pratiqué sur une partie de biceps prélevé sur un acromégalique vivant, relève la présence de très nombreuses gouttes de graisse dans la substance contractile, le remplacement par endroits des stries transversales par une substance homogène d'apparence cireuse, l'augmentation numérique des noyaux du sarcolemme, l'augmentation du diamètre des fibres qui atteint en moyenne 120 à 130 μ. Les examens successivement pratiqués sur d'autres muscles vivants et sur le cadavre révèlent les mêmes anomalies de structure, mais ne permettent pas de déterminer si ces particularités sont congénitales ou acquises, ni d'établir un rapport précis entre les altérations constatées et le diagnostic d'acromégalie.

Digitized by Google

VI. — *Paralysie spinale ou diplégie cérébrale spasmodique familiale?* par le Dr Pellizzi (fasc. 2 et 3). — L'auteur rapporte trois observations cliniques, intéressantes par la coexistence des symptômes considérés, les uns comme caractéristiques de la diplégie cérébrale, les autres comme caractéristiques de la paraplégie spinale spasmodique. L'ensemble des faits anatomiques et cliniques rassemblés et comparés, conduirait, au point de vue pathogénique, à admettre que le siège primitif des lésions dans la paraplégie familiale spasmodique est dans tout le neurone cortico-spinal, que la lésion n'est, dans son essence, qu'une anomalie ou une insuffisance histogénique dudit neurone, anomalie ou insuffisance qui ne se serait pas (sauf dans des cas tout à fait exceptionnels) limitée aux archineurones moteurs, mais étendue aux autres ordres de neurones cérébraux destinés aux fonctions psychiques et sensorielles, de sorte que, cliniquement, la paraplégie spasmodique pourrait entrer dans le cadre des diplégies cérébrales spastiques familiales.

VII. — *Altérations anatomiques et histologiques du système nerveux dans la maladie de Parkinson*; par le Dr Francesco Burzio (fasc. 2). — Recherches portant sur deux parkinsonniens morts dans le marasme et décelant des lésions des cellules motrices corticales et de la moelle spinale et de l'atrophie des faisceaux pyramidaux croisés, causes légitimes anatomopathologiques des contractures et de la rigidité musculaire, permettant en outre de supposer que les troubles de l'équilibre et de la sensibilité sont en rapport avec l'atrophie et la sclérose des cordons postérieurs. Les lésions constatées présentent une étroite analogie avec les lésions constatées dans les diverses formes d'intoxication chronique expérimentale. Cette constatation est à rapprocher des heureux résultats obtenus dans la maladie de Parkinson par le traitement antitoxique. Les recherches du Dr Burzio présentées comme une simple préface de travaux ultérieurs, lui paraissent dès maintenant la démonstration d'une base anatomique définie de la maladie de Parkinson, qui peut ainsi être « rayée du groupe obscur et mal défini des névroses ».

VIII. — *Interpariétaux et préinterpariétaux dans les crânes d'aliénés*; par le Dr Enrico Rossi (fasc. 2). — En examinant environ 270 crânes d'aliénés, le Dr Rossi a constaté sur 11 d'entre eux des anomalies importantes portant sur le nombre, la distribution et la forme des os wormiens dits interpariétaux et préinterpariétaux.

Digitized by Google

Il conclut de ses constatations que la brachycéphalie ni le rachitisme ne peuvent être invoqués dans la genèse des os pré et interpariétaux et qu'il reste établi que l'existence de ces os dans le crâne humain, avec des divisions plus ou moins considérables et irrégulières, autour des sutures normales, représente en général un caractère nettement régressif; aussi rencontre-t-on spécialement ces anomalies dans les crânes d'épileptiques, d'imbéciles et d'idiots.

IX. — *Sur la conformation du pavillon de l'oreille chez les Sardes normaux, aliénés criminels et prostituées*; par le professeur Sanna-Salaris (fasc. 2, 3 et 4). — Le pavillon de l'oreille a été examiné par le professeur Sanna-Salaris, chez 915 individus se décomposant en : hommes normaux 160, femmes normales 56, hommes aliénés 207, femmes aliénées 144, hommes criminels 271, femmes criminelles 55, prostituées 22. De ces recherches très complètes, ressortent que les principales dispositions sont : chez les individus normaux, implantation des pavillons à niveau différent, tubercule de Darwin première et deuxième formes, hélix aplatie non repliée, l'oreille à coquille, l'absence de *crus anthelicis superius* (pour les hommes), réunion de *crus helicis* à l'anthélix, l'oreille de Wildermuth première forme, prolongement du lobule, prolongement de la fosse scaphoïde sur le lobule; chez les hommes aliénés, l'oreille de forme différente, l'oreille démesurément haute et large, l'oreile en anse, le tubercule de Darwin première et deuxième formes, le tubercule de satyre, l'hélix en ruban et détachée, l'oreille en coquille, l'absence de *crus anthelicis superius*, l'existence d'un troisième *crus anthelicis*, le tubercule supratragus; chez les femmes aliénées, la réunion de *crus helicis* à l'anthelix, existence de nodules cartilagineux sur *crus helicis*, l'oreille de Wildermuth première forme, direction et inclinaison inverses de l'antitragus, lobe prolongé; chez les hommes criminels, l'oreille en anse, différence de niveau dans l'implantation, hélix en ruban et dépliée, l'oreille à coquille, l'absence de *crus anthelicis superius*, l'existence d'une troisième *crus anthelicis*, forme et inclinaison inverses de l'antitragus; chez les femmes criminelles, la *crus helicis* réunie à l'anthélix, le tragus triangulaire, l'inclinaison inverse de l'antitragus, le lobule prolongé, la fosse scaphoïde prolongée sur le lobule, la direction inverse du lobule; chez les prostituées, l'oreille en anse, réunion de *crus helicis* à l'anthélix, nodules cartilagineux sur *crus helicis*, l'hélix en ruban et non repliée, l'oreille de Wildermuth première forme, direction

Digitized by Google

inverse de la marge supérieure de l'antitragus, prolongation de la fosse scaphoïde sur le lobule.

X. — *Tabes dorsal au début. Examen histologique de la moelle*; par le Dr P.-F. Arullani (fasc. 3). — Homme de trente-neuf ans présentant les signes cliniques suivants : inertie pupillaire à la lumière, absence de réflexes rotuliens et douleurs lancinantes, mort par suite d'une lésion aortique. Les lésions médullaires confirment le diagnostic de tabes dorsal au début : sclérose des cordons postérieurs, moins accentuée à la région lombaire avec prédominance à gauche.

Les bandelettes externes sont peu atteintes et l'altération paraît avoir débuté par le cordon de Goll. Les zones de Lissauer sont intactes.

Le canal central est complètement obturé, ainsi qu'il a été constaté dans les moelles de paralytiques et d'aliénés. Ce fait est à rapprocher de cette circonstance que le sujet était alcoolique et fils de dément.

XI. — *Sur le mode de réaction des réflexes chez les vieillards spécialement en rapport avec les fines altérations de la moelle dans la sénilité*; par les Drs L. Ferrio et E. Bosio (fasc. 3 et 4). — L'examen systématique de l'état des principaux réflexes tendineux et cutanés chez 250 sujets hospitalisés, âgés de soixante-cinq à quatre-vingt-treize ans, à l'exclusion de ceux atteints d'affections du système nerveux et de ceux dont les troubles fonctionnels paraissaient en rapport avec une lésion des centres nerveux ou avec la démence sénile, a conduit les Drs Ferrio et Bosio aux constatations suivantes : Les réflexes tendineux sont assez fréquemment exagérés chez les vieillards : en particulier le réflexe rotulien est exagéré dans 33,2 p. 100 des cas. Le clonus du pied se rencontre dans 19,2 p. 100 des cas. L'absence des réflexes tendineux est notée pour le phénomène du genou dans 20,4 p. 100 des cas; pour les réflexes du membre supérieur, dans 71,2 p. 100 des cas. L'exagération des réflexes tendineux se rencontre essentiellement dans les membres inférieurs et dans le domaine fonctionnel du segment lombaire de la moelle.

Quant aux réflexes cutanés, l'abdominal manque dans 56,8 p. 100 des cas, le plantaire dans 31,6 p. 100, le crémastérien dans 58 p. 100.

L'examen histologique d'un certain nombre de moelles prises parmi les sujets observés antérieurement, a été faite par les

Digitized by Google

auteurs en vue d'éclaircir le rapport existant entre les modifications des réflexes et les lésions spinales et a permis de constater que les lésions dans la fine structure de la moelle, considérées peu généralement comme caractéristiques de la sénilité, existaient dans cinq cas sur six et qu'elles manquaient complètement dans le sixième cas.

L'étude des faits cliniques et anatomo-pathologiques ne permet point d'établir un rapport déterminé entre les altérations de la moelle et les phénomènes opposés d'exagération ou d'abolition des réflexes. Il faut admettre, en thèse générale, que dans la moelle sénile il existe une atrophie numérique des cellules et des fibres nerveuses, produisant un trouble d'équilibre de la fonction spinale, une modification des rapports fonctionnels entre les différents neurones d'où découle, tantôt une exagération, tantôt une abolition des réflexes.

XII. — *Contribution à l'étude des prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses*; par le Pr Roncoroni et le Dr Mathieu (fasc. 3). — Dans une étude antérieure, le Pr Roncoroni avait noté un certain nombre de faits, tendant à démontrer la présence d'une substance liquide dans les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses et à établir la signification fonctionnelle de ce liquide. Ces nouvelles recherches des deux auteurs sont une confirmation, par une autre méthode, des observations déjà acquises. La substance liquide des prolongements protoplasmiques s'échappant progressivement après la mort, il y avait lieu de supposer qu'en immergeant des morceaux de substance nerveuse dans des solutions de NaCl, la pénétration de ces solutions dans les cellules et leurs prolongements aurait pour résultat d'empêcher l'évacuation de la substance liquide des prolongements eux-mêmes et d'apprécier la marche de leurs altérations, comparativement à celle des autres parties du tissu nerveux. Les expériences portant sur la substance cérébrale du mouton, traitée par les solutions hypo, iso et hypertoniques de NaCl, montrent que sous les fortes pressions osmotiques, des solutions hypertoniques, le tissu nerveux s'altère rapidement et que les prolongements protoplasmiques sont déjà profondément altérés quand les cylindraxes sont encore conservés. Ce fait est à rapprocher de cette autre observation que, dans les affections nerveuses, ce sont les menues ramifications des prolongements protoplasmiques et non les cylindraxes, qui sont tout d'abord atteints; ce qui tendrait à démontrer que, dans la fonction nerveuse, le cylindraxe ne joue qu'un rôle passif,

Digitized by Google

celui d'une voie de communication à travers laquelle passeraient les stimulus de nature diverse, tandis que le prolongement protoplasmique aurait une part plus active dans la fonction du système nerveux.

XIII. — *Nouvelles notes anthropologiques et cliniques sur l'idiotie microcéphalique* ; par les Drs G. Albertotti et G. Bellini (fasc. 3 et 4). — Il s'agit d'un sujet interné à l'asile de Turin et qui a fait, il y a quatorze ans, l'objet d'une étude clinique du Dr Albertotti. Les auteurs présentent une nouvelle observation très complète du même sujet à rapprocher de celle qui a été publiée en 1887.

XIV. — *Sur l'ascension de l'eau et des sels à travers les tissus nerveux* ; par le professeur Roncoroni (fasc. 4). — Des expériences nombreuses portant sur le tissu cérébral du lapin et de l'agneau, traités par des solutions iso, hypo et hypertoniques de NaCl de 0,25 p. 100 à 5 p. 100, il ressort les principales constatations suivantes : Outre la durée de l'immersion et le degré de concentration des solutions, il y a lieu de considérer comme facteurs modificateurs des phénomènes osmotiques, la température, le rapport entre le poids du fragment de tissu et celui de la solution d'immersion, la forme des fragments. La crioscopie des liquides d'immersion se comporte de la même façon, quel que soit le tissu immergé. Il y a dans le tissu immergé une pénétration très notable du liquide d'immersion, même dans les fragments immergés dans une solution *isotonique* ; ce qui démontre que l'ascension du liquide n'est pas due au phénomène osmotique. L'ascension du liquide est d'autant plus considérable que la solution est plus hypotonique. Tandis que pour les solutions hypo et isotoniques, l'ascension du liquide est proportionnelle à la durée de l'immersion ; pour les solutions hypertoniques, la diminution du poids ne progresse pas avec la durée de l'immersion, mais au contraire s'arrête peu à peu et se transforme en augmentation.

XV. — *Sur la « disvulnérabilité » des épileptiques* ; par le Dr V. Tirelli (fasc. 4). — Des recherches expérimentales tendant à montrer s'il existe, dans le sérum sanguin des épileptiques, des conditions spéciales comportant une action bactéricide et s'opposant au développement normal des pyogènes, il ressort que : le sérum sanguin des épileptiques exerce un pouvoir bactéricide supérieur à celui du sérum commun et spécialement atténue le développement et la virulence du *staphylococcus pyogénès aureus* ; la propriété antipyogène de ce sérum

Digitized by Google

doit déterminer cette condition particulière des épileptiques qu'on appelle la « disvunérabilité »; probablement le sérum épileptique possède une propriété immunisante et curative contre l'infection staphylococcique.

R. Charon.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

La philosophie naturelle intégrale et les rudiments des sciences exactes; par le Dr A. Rist. Première partie, 1 vol. in-8°, Paris. Librairie scientifique A. Hermann. 1904.

« Des desseins qui, voulus, se réalisent sous forme d'actes ont leur place à l'origine des phénomènes; aucuns diront de certains phénomènes; d'autres diront de tous les phénomènes. Cette dernière affirmation est une sorte d'aphorisme intuitif que l'on peut admettre ou rejeter. . . . . .

« Je me suis appliqué à trouver les raisons que j'avais d'affirmer le bien fondé de cet aphorisme. Ces raisons, puisque je les livre à la critique, c'est que je les trouve bonnes. C'est la matière de l'introduction à laquelle on pourrait donner le titre suivant : Comment naissent les doutes sur l'explication ou le système de l'univers.

« Viennent ensuite quelques chapitres sur les rudiments des sciences exactes, en particulier de celles des nombres ou arithmétique... » C'est par ces lignes que l'auteur commence son avant-propos, et ce n'est pas sans un certain étonnement que le lecteur apprend ainsi, sans préparation, que tous les phénomènes sont produits par des êtres vivants. Mais il devient difficile de se mettre au point de vue de M. Rist lorsqu'on étudie l'introduction. « Les métaphores du langage scientifique, y est-il dit, semblent être une confirmation de l'aphorisme en question. Si bien que lorsqu'on se livre aux spéculations scientifiques en apparence les plus éloignées du moi, on emporte, en somme, ce moi dans sa course. » Les sensations nous disent toutes : il y a quelque chose qui est toi et quelque chose qui n'est pas toi : « Cela revient donc à dire que le moi conditionne le non moi et en est conditionné à son tour. » Soit; admettons cela. Mais plus loin M. Rist nous propose d'imaginer un physicien faisant dans une chambre une série d'opérations sur des boules électrisées, autrement dit une expérience de physique, et il ajoute « que les lois de la nature toutes seules

Digitized by Google

sans les mouvements et les opérations du physicien n'auraient jamais pu amener la série des phénomènes successifs dont je viens d'évoquer le tableau devant votre imagination ». Sans doute, c'est vrai dans un sens; mais cela prouve-t-il que le tonnerre, l'électricité atmosphérique n'apparaissent que sous l'influence d'un vivant, mystérieux physicien qui s'amuse ou s'instruit? Et pourtant M. Rist, à la page 27, nous demande d'admettre quelque chose comme cela : « Que l'on veuille bien accorder en tout cas que l'éclair, le feu céleste, l'électricité atmosphérique sont sous la dépendance directe de l'activité de toute une catégorie de vivants. » Si nous demandons une démonstration d'une proposition aussi audacieuse, nous n'en trouvons pas. Rien qu'en lisant cette introduction, et l'impression ne fait que s'accentuer par la suite en abordant la partie de la brochure où il est traité de l'arithmétique et de la géométrie, il semble que l'auteur ait mélangé plusieurs choses différentes : de la théorie de la connaissance, c'est-à-dire de la psychologie, de la philosophie (conception d'ensemble de la nature), des questions de méthodes scientifiques, et enfin des questions, comment dirais-je, de fait, concrètes, quand il se demande si, oui ou non, le tonnerre et l'éclair sont produits par des vivants.

Pourtant, pour bien juger cet essai, il faudrait lire les autres parties et avoir l'ensemble sous les yeux; nous n'avons que le commencement. Est-ce à dire que la critique que j'adresse à M. Rist soit la condamnation, sans plus, de cette curieuse tentative? Loin de là. Evidemment, il nous faudrait une preuve, et une bonne, pour admettre que tous les phénomènes trouvent leur origine dans le fonctionnement d'êtres vivants. Mais on peut prendre ce qu'il y a de juste dans cette hypothèse aventurée, à savoir : la reconnaissance du rôle immense et chaque jour plus étendu, joué par la vie; n'est-ce pas d'hier la découverte de l'intervention des bactéries du sol dans le développement de la végétation? D'autre part, on considérait autrefois la nature seulement comme inanimée, physique; nous commençons à y faire rentrer la vie; il faudra faire plus et y faire rentrer l'homme et la société. Mais c'est surtout quand M. Rist aborde les rudiments de la géométrie et de l'arithmétique qu'il devient d'un grand intérêt, non seulement théorique, mais aussi pratique, pédagogique. Ouvrons un livre de géométrie à son exemple. Qu'y voyons-nous? Des figures. Où les prend-on ces figures? « On ne les prend nulle part, on les trace... Ce sont ces traces, ce mouvement qui sont la vraie matière de la géométrie... Ces

Digitized by Google

figures sont notre œuvre. » Voilà qui est à rapprocher des idées de M. Henri Poincaré. Et plus loin : « Nous ne pouvons nous mouvoir sans que naissent aussitôt plusieurs grandeurs, la distance, le temps, la force. » En arithmétique, nous verrons que le nombre doit être considéré comme résultat d'un acte. M. Rist fait découler tout le reste de cette conception si simple.

Tout ce qu'avance l'auteur, comme on l'a vu, n'a pas toujours notre approbation ; et il nous semble que dans l'introduction maintes propositions sont fort aventurées. Mais c'est une œuvre curieuse, personnelle, qui agite des questions complexes, difficiles, d'un grand intérêt, qui excite la contradiction par le paradoxe qui en fait le fond, qui nous rapprend bien des choses oubliées et secoue un peu vigoureusement les vieilles traditions. Ceux qui aiment la psychologie pure et la philosophie scientifique y trouveront d'amples sujets de réflexion. Tout en étant une œuvre d'un penseur isolé, elle se relie à ce grand courant d'idées qui ébranle en ce moment les fondations des sciences qui paraissaient le mieux assises.

Je demande à l'auteur de nous donner bien vite la suite, quitte à ne pas être non plus encore toujours de son avis.

PH. CHASLIN.

Studien über motorische Apraxie und ihr nahestehende Erscheinungen (Etudes sur l'apraxie motrice et les symptômes voisins); par le prof. Arnold Pick. 1 broch. gr. in-8° de 129 pages, avec 5 figures dans le texte. Leipzig, Franz Deuticke, édit., 1905.

Si l'on veut parfaitement comprendre la nouvelle brochure de l'infatigable professeur de Prague à qui nous sommes déjà redevables de tant d'études de fine psychologie pathologique, il faut d'abord relire l'article qu'il a donné en 1903 aux *Annales*. Cela sera d'autant plus utile que le véritable intérêt de la brochure ne peut être mis en relief par une analyse, vu qu'il réside dans des observations prises avec une extrême minutie et par demandes et réponses, comme on doit toujours le faire quand on veut pénétrer un peu dans l'esprit de l'aliéné, à l'exemple d'un ancien auteur français, le célèbre mais oublié Leuret. Donc, il faut lire ces observations et les réflexions dont M. Pick les émaille. Ici, dans cette analyse, je ne peux qu'insister sur la complexité de la question. On ne s'étonnera pas de

Digitized by Google

cette complexité, si l'on réfléchit combien l'apraxie motrice est un symptôme qui se rapproche de l'aphasie, et l'on sait ce que l'étude de cette dernière est devenue depuis que l'on s'est avisé que les schémas plus ou moins polygonaux étaient vraiment un peu trop simples. M. Pick dit d'ailleurs qu'il n'y a pas une apraxie motrice, mais bien toute une série d'apraxies. La chose se complique encore si l'on rapproche de ces apraxies des phénomènes apparentés, la pseudo-apraxie, dont le fond est constitué par la « Persévération » (ce mot barbare est meilleur que celui d' « intoxication » des Français), les troubles liés au « *Danebenreden* » « parler à côté », au « *Danebendenken* » « penser à côté » ; si l'on considère quel rôle important le facteur attention joue dans l'exécution correcte d'un mouvement volontaire... ; si l'on ajoute encore à ces premiers phénomènes l'étude de ces erreurs de lecture et d'écriture (« *Verlesen* » et « *Verschreiben* », « lapses » en anglais ou lapsus comme nous disons) qui conduisent à de véritables actes défectueux, apraxie motrice. Tout cela nous fait pénétrer un peu plus dans le mécanisme des associations, bien que tout cela ne soit que le commencement. On arrive à voir ainsi, comme y insiste M. Pick, que pour tâcher de fournir une explication des erreurs observées chez les patients, il faut tenir compte non seulement de *tout* ce que ceux-ci ont pensé, mais encore de toutes les circonstances qui ont pu avoir une influence, même inconsciente, sur l'esprit. Par exemple on rencontre dans le jour quelqu'un dans un escalier obscur et on le salue avec un bonsoir, qui n'est pas à sa place ; mais c'est l'obscurité à laquelle on n'a pas fait attention qui a été la vraie cause de l'erreur.

La brochure de M. Pick est divisée en quatre parties : la première a pour titre : Apraxie motrice comme une des manifestations du trouble de conscience post-épileptique. Il y a un appendice où se trouve une observation montrant des effets d'apraxie dus à la combinaison du « penser à côté » et de la « persévération ». La deuxième traite de l'apraxie motrice dans le cours d'une affection cérébrale à foyers multiples. La troisième porte sur le même symptôme comme passager et secondaire dans une affection cérébrale en foyer. Dans la quatrième enfin, M. Pick étudie l'importance de l'attention dans la genèse de l'apraxie motrice et les rapports de celle-ci avec l'amnésie instrumentale.

Pour terminer, je citerai un passage d'une des observations comme exemple typique du symptôme étudié :

Digitized by Google

On présente au malade une « pièce de cinq couronnes. Qu'est-ce? Le malade prend la pièce dans la main droite, mais comme la manche de la chemise recouvre le creux de la main, il ne voit plus la pièce de monnaie; il regarde vers sa main, cherchant visiblement la pièce des yeux, il fait des mouvements divers tout à fait maladroits avec la main, visiblement pour faire sortir la pièce de dessous la manche; ne se sert pas d'ailleurs de l'autre main dans ce but, et jette finalement la pièce en émettant un son prolongé à peu près comme e, a ».

PH. CHASLIN.

Conception du mot hystérie; critique des doctrines actuelles; par le Dr Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Broch. in-8°. Paris, O. Doin, éditeur, 1904.

En analysant l'année dernière dans cette Revue le livre de M. Bernheim sur l'hypnotisme et la suggestion, nous avons déjà donné une idée de sa conception de l'hystérie qui n'est, d'après lui, qu'un état particulier de suggestibilité sans existence autonome. Dans le mémoire que nous analysons cette opinion est développée à l'aide d'une argumentation pressante et habile, sinon tout à fait convaincante, qui aboutit à une série de conclusions dont voici les principales : l'hystérie n'est pas une entité morbide; ce mot ne doit s'appliquer qu'aux crises convulsives qui ne sont, d'ailleurs, qu'une réaction psychophysiologique exagérée d'origine émotive. Elles ne se développent soit primitivement, soit secondairement au cours d'une maladie, neurasthénie, psychose, névrose, affection organique, intoxication ou infection, que chez les sujets qui ont un mode de réaction spéciale exagéré à l'égard de certaines émotions.

Les stigmates sensitivo-sensoriels et les troubles moteurs (paralysies, contractures) n'ont rien de spécial à l'hystérie dans laquelle ils font souvent défaut. Ce sont des psycho-névroses faciles à réaliser par suggestion et que beaucoup de sujets réalisent par auto-suggestion.

Les phénomènes décrits sous le nom d'hystérie viscérale, toux, aphonie, hoquet, vomissements nerveux, hémorragie, polyurie, anurie nerveuse, etc., se rencontrent fréquemment sans crises d'hystérie chez des sujets non hystérisables; ce sont des psycho-névroses viscérales. Il n'existe pas de fièvre hystérique. La fièvre est toujours fonction de toxine microbienne.

Digitized by Google

Beaucoup de maladies organiques du système nerveux, hémiplégies, paraplégies avec trépidation ou amyotrophie, névrites périphériques avec association de phénomènes nerveux dynamiques, ont été considérées à tort comme des hystéries simulatrices.

A. Cullerre.

La questione del genio ed Emilio Zola (La question du génie et Emile Zola); par Ettore Patini. Broch. in-8°, Napoli, Stab. tip. Luigi Pierro e figlio, 1904.

M. Ettore Patini définit le génie la faculté de créer, non pas de nouveaux moyens, mais de nouvelles formes d'activité humaine dans la science, l'art, la vie sociale. La faculté de créer de nouveaux moyens n'est que du talent. Le génie, pas plus que le talent, n'est lié à la dégénérescence, comme le soutient Lombroso. Il est dû à un hyperfonctionnement de certaines zones cérébrales, parmi lesquelles se trouvent toujours les lobes frontaux, puisqu'il y a toujours participation de l'intelligence. Mais le génie peut s'étendre aussi au delà de la sphère intellectuelle; c'est le génie mixte, sensoriel ou affectif.

Le type du génie intellectuel est le savant créateur, comme Newton, Volta, etc. Le génie mixte sensoriel est celui de l'artiste musicien, sculpteur. Le génie affectif fait découvrir de nouveaux moyens sentimentaux; c'est lui qui anime les créateurs de nouveaux idéaux, les fondateurs de religions, par exemple Jésus.

A la lumière de ces conceptions l'auteur, étudiant Zola, reconnaît en celui-ci deux directions d'activité, l'activité civique et l'activité littéraire. Il loue grandement la première et l'admire, mais sans lui reconnaître la marque du génie, tandis que la deuxième en porte l'empreinte. C'est que, pour M. Ettore Patini, Zola a ouvert à l'art un nouveau chemin, celui de la biologie; il a fondé le roman réaliste. Balzac que l'on peut lui opposer, bien que reproduisant la réalité, reste en littérature le champion du subjectivisme personnel, tandis que Zola est le champion de la pure objectivité.

Chez Balzac le naturalisme est incomplet; chez Zola, au contraire, il est complet, il est « matière et ciment de l'œuvre d'art ».

Dans la conception du premier le naturalisme est le moyen

Digitized by Google

de l'art, dans celui du second c'en est la fin. Il a recueilli et fécondé l'idée de Balzac et a fondé le nouveau règne du naturalisme dans l'art. C'est donc un génie, un génie intellectuel pour le côté biologique, et sensoriel pour le côté littéraire proprement dit. — On pourrait discuter sur tout cela ; je me borne à reproduire objectivement l'essentiel de cette intéressante brochure.

PH. CHASLIN.

The mental condition and career of Jesus of Nazareth examined in the light of modern knowledge (L'état mental et la carrière de Jésus de Nazareth examinés à la lumière des connaissances modernes); par Henri Leffmann, A.M.M.D. Broch. in-8°. Philadelphie, 1904.

Dans cette étude M. Leffmann tend à établir que Jésus était un mystique mégalomane et que son ascendant merveilleux sur ses disciples, ses prodiges, ses miracles, sont des phénomènes qui relèvent de l'hypnose et de la suggestion. Il le suit pas à pas dans sa carrière, le montre influencé lui-même dans son adolescence par l'exemple des faux messies et de Jean-Baptiste et par cette attente de la fonction messianique qui était dans l'air à cette époque troublée et malheureuse de l'histoire juive; puis enivré par les succès de sa prédication, laissant peu à peu percer des idées d'orgueil en contraste avec l'humilité de ses débuts, et en arrivant enfin à se croire un inspiré, un envoyé de Dieu, l'oint du Seigneur, le Messie en personne. Des remarques fines et piquantes sur les textes des évangiles, sur le milieu où se sont déroulés les faits qu'il analyse, sur la mentalité et le caractère de Jésus lui-même, si différent des autres prophètes, font de cette dissertation une agréable étude médico-psychologique. Mais pourquoi l'auteur veut-il, à la fin, nous prouver que la maladie mentale de Jésus doit être rangée dans le cadre de la *folie circulaire*? C'est une idée que je qualifierais de saugrenue de la part d'un aliéniste. Heureusement, M. Leffmann n'est pas aliéniste et cette incursion dans un domaine qui lui est étranger lui sera pardonnée à cause du plaisir que l'on prend à la lecture de son intéressant travail.

A. CULLERRE.

Digitized by Google

The fire walk ceremony in Tahiti (La cérémonie du passage du feu, à Tahiti); par S. P. Langley. Broch. in-8°. Washington, 1902.

Il existe encore à Tahiti une sorte de cérémonie religieuse célébrée par les survivants d'une caste sacerdotale; elle consiste dans l'exercice suivant : Une vaste fosse est creusée, puis remplie de grosses pierres roulées, recueillies sur le rivage et disposées en plusieurs couches; sur le tout on allume un bûcher qu'on entretient pendant plusieurs heures jusqu'à ce que les pierres du centre soient rouges. Alors le grand-prêtre, couronné de fleurs, s'avance nu-pieds sur la fosse et la traverse à plusieurs reprises suivi des indigènes, marchant sur les pierres surchauffées sans se brûler. M. Langley, ayant eu la bonne fortune d'assister à ce spectacle peu banal, chercha l'explication de cette immunité apparente des acteurs contre la brûlure et constata que les pierres qui remplissaient la fosse étaient formées d'un basalte vésiculeux très mauvais conducteur. Il put faire rougir au chalumeau la partie supérieure d'un fragment de cette pierre en en tenant sans inconvénient l'autre extrémité dans la main.

« J'ai, dit en terminant M. Langley, assisté à un spectacle des plus intéressants, à une habile et curieuse scène de magie sauvage; mais je suis obligé d'avouer (et j'en suis à le regretter) qu'il ne s'agissait pas d'un miracle. »

A. Cullerre.

Neurological progress and prospects (Coup d'œil sur les progrès de la neurologie). Discours présidentiel prononcé à la section de neurologie et de psychiatrie de l'Association médicale américaine; par F.-W. Langdon, M. D., de Cincinnati. Broch. in-8°, 1903.

Ce discours présente, sous une forme concise, un tableau des progrès de la science neurologique depuis la découverte du centre de Broca. L'auteur passe en revue les découvertes faites dans l'histologie et la physiologie des centres nerveux, la théorie du neurone, la théorie de l'infection bacillaire appliquée aux affections des centres nerveux, les myélites, névrites, pachyméningites, les modifications de la crase sanguine dans

Digitized by Google

l'épilepsie, la radiographie, la ponction lombaire, l'étude des réflexes et leur valeur séméiologique, les nouvelles méthodes de traitement des névroses, la clinothérapie, le régime des aliénés, des alcooliques, des criminels, les hôpitaux pour maladies chroniques, l'enseignement de la psychologie et de la psychiatrie. Et en manière de conclusion, il termine fort judicieusement par un proverbe d'une philosophie optimiste et souriante : « Tout vient à point à qui sait attendre. »

A. Cullerre.

I. *Primary lateral sclerosis* (sclérose latérale primitive). II. *Poliomyelitis anterior acuta* (poliomyélite antérieure aiguë). Deux leçons cliniques. Broch. in-8°, par F.-W. Langdon, M. D. Cincinnati, 1904.

Ces leçons reposent sur l'observation de deux malades dont l'un âgé de quarante ans, sténographe, à la suite d'un surmenage professionnel, fut pris, sans attaque, progressivement, de faiblesse et de rigidité dans la jambe droite, puis dans le bras du même côté.

Au bout de plusieurs années, le côté gauche se prit à son tour, mais d'une façon moins intense. La tête, le système musculaire, l'intelligence demeurent intacts. Il s'agit d'une dégénérescence amyotrophique du premier neurone moteur suivie de sclérose des cordons latéraux de la moelle.

L'autre observation concerne un enfant de deux ans atteint de poliomyélite avec paraplégie.

L'auteur en prend texte pour exposer les signes cliniques, le diagnostic, le pronostic de cette maladie.

A. Cullerre.

Extensive cavity formation in the central nervous system presumably due to bacillus aerogenes capsulatus (Formations cavitaires volumineuses dans le système nerveux central, probablement dues au Bacillus aerogenes capsulatus) ; par Emma W. Mooers, M. D. Waverley, mars 1903.

A propos d'un cas clinique avec autopsie, l'auteur montre que les dégénérations kystiques ou formations cavitaires développées dans les centres nerveux sont des phénomènes *post*

Digitized by Google

mortem dus à la production de gaz par le Bacillus aerogenes capsulatus. Ce bacille de la putréfaction se trouve normalement dans l'intestin de l'homme et, lorsqu'il envahit les centres nerveux, il révèle sa présence pendant la vie par un ensemble complexe de paralysies sensorielles et motrices avec état comateux et après la mort par le développement de ces cavités kystiques considérées primitivement comme une dilatation des espaces lymphatiques ou la distension du réseau de la névroglie.

A. Cullerre.

Cardio-vascular and blood states as factors in nervous and mental disease (Du rôle étiologique des troubles vasculaires et dyscrasiques dans les maladies nerveuses et mentales); par F.-W. Langdon, M. D. Cincinnati, 1904.

L'auteur, très judicieusement, faisant remarquer que dans un discours académique on ne saurait exiger de l'orateur des idées originales, donne une revue rapide des connaissances acquises sur le rôle des lésions cardiaques, vasculaires et des maladies du sang dans la genèse des affections du système nerveux. Il termine en faisant l'éloge des études histologiques, biologiques et cliniques qui s'accomplissent dans les laboratoires pour le plus grand progrès de la connaissance des maladies et de leur traitement.

A. Cullerre.

Omicida epilettico. Petizia psichiatrica (Homicide épileptique. Rapport médico-légal); par les Drs U. Meneghetti et A. Cainer. Broch., in-8°. Extrait des *Arch. di Psichiatria, Scienze penali ed Antrop. criminale.* Vol. XXIV. Fasc. 3.

Un meurtre est commis par un épileptique en état de paroxysme psychique. Le professeur Arrigo Tamassia le déclare irresponsable. Les deux auteurs, experts, concluent de même..... et la Cour le condamne. Les auteurs terminent leur brochure par une phrase de M. Fernando Franzolini : « Tant qu'on n'aura pas démoli le vieux et absurde code qui fait des juges de carrière ou populaires les experts des experts, un verdict équitable et consciencieux, dans les cas impliquant des connais-

Digitized by Google

sances scientifiques, ne pourra être qu'un accident, un pur hasard. » On peut ajouter : tant que les magistrats n'auront qu'une instruction purement littéraire et juridique.

PH. CHASLIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— La menstruación en las alienadas; par le Dr Bernardo Etchepare. 16 pages in-8° avec planches. Extrait de la *Revista medica del Uruguay*. Montevideo, 1904.

— Les principes de la psychothérapie. La rééducation ; par le Dr Paul-Emile Lévy. 8 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de l'Internat des hôpitaux de Paris* (séance du 27 octobre 1904).

— Asile de Bonneval. Extrait du compte moral et administratif pour l'année 1902, suivi du Rapport médical; par le Dr L. Déricq, médecin-directeur. 22 pages in-8°. Chartres, imprimerie Garnier, 1903.

— Traité de l'alcoolisme; par les Drs H. Triboulet, Félix Mathieu et Roger Mignot. Préface par le prof. Joffroy. 1 vol. in-8° de 479 pages. Paris, Masson et Cie, 1905.

— Théophile Roussel. Notice historique lue en séance publique le 10 décembre 1904; par Georges Picot, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques. 76 pages in-32. Paris, Hachette et Cie, 1905.

— Asile de Bonneval. Extrait du compte moral et administratif pour l'année 1903, suivi d'un extrait du rapport médical; par le Dr L. Déricq, médecin-directeur. 15 pages in-8°. Chartres, imprimerie Garnier, 1904.

— No-restraint assoluto nel manicomio di Lucca; par le Dr Giuseppe Paoli. 16 pages in-8°. Extrait du *Bollettino della Società medica Lucchese*. Lucca, 1905.

— Locura comunicada entre dos hermanos; par le Dr B. Etchepare. 14 pages in-8°. Extrait de la *Revista medica del Uruguay*. Montevideo, 1904.

— Metaphysik in der Psychiatrie; par le Dr P. Kronthal. 92 pages in-8°. Iena, Gustav Fischer, 1905.

— Forty-fifth annual report of the medical superintendent of the Matteawan state hospital. Matteawan, N. Y., for the year ending september 30, 1904. 63 pages in-8°. S. l. n. d.

— Twenty-fifth annual report of the state hospital for the insane S. E. District of Pennsylvania Norristown, Pa., for the

Digitized by Google

year ending september 30, 1904. 76 pages in-8° avec planches. The Hospital printing office, 1904.

— Observation clinique d'un cas d'amnésie rétro-antérograde consécutive à la pendaison; par les Drs Sérieux et Mignot. 7 pages in-8°. Extrait du *Journal de psychologie normale et pathologique*, mars-avril 1904.

— Le crime de la rue Pelletier-de-Chambure, à Dijon, et l'état mental de son auteur; par le Dr Samuel Garnier. 77 pages in-8°. Dijon, imprimerie Barbier-Marilier, 1905.

— Forty-fifth annual report of the board of directors and superintendent of Longview hospital, Cincinnati, Ohio, for the year 1904. 62 pages in-8°. Cincinnati, 1904.

— Notes thérapeutiques sur l'emploi du véronal chez quelques aliénés; par les Drs Paul Sérieux et Roger Mignot. 12 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, janvier 1905.

— La neurasthénie. Pathogénie et traitement; par le Dr L. Pron. 88 pages in-12. Paris, Jules Rousset, 1905.

— La psychologie du courage et l'éducation du caractère. Leçon faite à la réouverture des cours de l'Ecole de psychologie, le 10 janvier 1905; par le Dr Bérillon. 32 pages in-8°. Paris, 1905.

— Fifty-sixth annual report of the board of trustees and superintendent of the central Indiana hospital for Insane, for the fiscal year ending october 31, 1904. 86 pages in-8°. Indianopolis, 1905.

— Ninety-first annual report of the trustees of the Massachusetts general hospital. Including the general hospital in Boston, the Mc Lean hospital and the Convalescent home in Waverley, 1904. 252 pages in-8°. Boston, The Sarta press, 1905.

— Fifty-fourth annual report of the state lunatic hospital at Harrisburg, Penna., for the year ending september 30, 1904. 70 pages in-8°. Harrisburg, 1905.

— Demenza precoce paranoide (Diagnosi differenziale dalla paranoia); par le Dr Corrado Ferrarini. 62 pages in-8°. Extrait de la *Revista sperimentale di freniatria*, 1905.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1903; par Bourneville, avec la collaboration de J. Boyer, L. Izou, Lemaire, etc. Tome XXIV. 1 vol. in-8°, 184-266 pages, avec planches. Paris. Aux bureaux du *Progrès médical*, 1904.

— Im Grenzlande; par P.-J. Möbius. Tome VI des *Ausgewählte Werke*, 1 vol. in-8° de 228 pages. Leipzig, J. Ambr. Barth, 1905.

Digitized by Google

— La réforme des asiles d'aliénés. L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie, en Suisse et en Belgique; par le Dr Jul. Morel, 77 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, n° 119, 1905.

— Sechters Bericht des Vereins Heilstätte für Nervenkranke « Hans Schönow » in Zehlendorf (Wannseebahn) für das Jahr 1904. 52 pages in-8°, avec planches. Berlin, 1905.

— Les aliénés par alcoolisme en Savoie; par les Drs Dumaz et Levet. 16 pages in-8°. Chambéry, s. d.

— Ninth biennial report of the trustees and medical superintendent of the Northern Indiana hospital for Insane, for the biennial period ending october 31, 1904. 84 pages in-8°. Indianopolis, 1905.

— Affaire Rachel Galtié (L'empoisonneuse de Saint-Clar). — Rapport sur l'état mental de l'accusée; par les Drs Anglade, Pitres et Régis. 63 pages in-8°. Extrait des *Archives d'anthropologie criminelle*, n° 134.

— Fifteenth annual report of the board of trustees and officers of the Cleveland state hospital of the Governor of Ohio for the fiscal year ending november 15, 1904. 64 pages in-8°. Columbus, Ohio, 1904.

— Contribution à l'étude du bromdiéthylacétamide (neuronal), son action hypnotique et sédative chez les aliénés; par le Dr Artarit, 83 pages in-8°. Paris, Gauthier-Villars, 1905.

— Protestant hospital for the insane. Verdun, Montreal, Que. Annual report for the year 1904. 52 pages in-8°, avec planches. Montréal. C. R. Corneil, 1905.

— Clasificacion clinica de los sindromos paraliticos generales. Pseudo-paralisis general diabetica; par le Dr José Ingegnieros. 33 pages in-8°. Extrait des *Archivos de Psiquiatria, Criminologia y Ciencias afines*, 1905.

— Observation d'un cas de basophobie à type myotonique; par le Dr Roger Mignot. 5 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, 1905.

— On the Methods of later psychiatry; par le Dr Clarence B. Farrar. 30 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, 1905, n° 3.

— Melanconia e psicosi d'involuzione; par le Dr P. de Angelis. 10 pages in-8°. Extrait du *Bollettino della Casa di Salute Fleurent*, 1905. Fasc. I.

— Des méningites à évolution insidieuse comme cause d'aliénation mentale; par le Dr L. Marchand. 8 pages in-8°. Extrait de la *Gazette des hôpitaux*, 6 avril 1905.

— La cité des fous (Souvenirs de Sainte-Anne); par Marc

Digitized by Google

Stéphane. 1 vol. in-18 de 179 pages. Cabinet du pamphlétaire, Parc de Neuilly, 1905.

— Esboço de psychiatria forense; par le Dr Franco de Rocha, directeur de l'Hospice de Juquery. 1 vol. in-8° de 481 p. Sao Paulo. Typ. Laemmert, 1904.

— Esquisse d'une théorie biologique du sommeil; par le Dr Ed. Claparède. 105 pages in-8°. Extrait des *Archives de Psychologie*. Genève, 1905.

— Paralysie générale et syphilis; par le Dr L. Marchand. 20 pages in-8°. Extrait de la *Presse médicale*, 8 avril 1905.

— Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Revue mensuelle publiée par les Drs Alfred Klotz, Karl von Lilienthal, Franz von Liszt et Gustav Aschaffenburg, 1re année : avril 1904-mars 1905. 1 vol. in-8° de 804 p. Heidelberg, Carl. Winter, 1905.

— Trente-quatrième rapport des inspecteurs de prisons et d'asiles d'aliénés de la Province de Québec pour l'année 1903. 318 pages in-8°. Québec, Imprimerie Charles Fageau, 1904.

— La simulacion en la lucha por la vida; par le Dr José Ingegnieros. 1 vol. in-18 de 264 pages. Valencia, Sempere et Cie, s. d.

— Asile de Dury-lès-Amiens. Rapport médical et compte rendu administratif de l'exercice 1904; par le Dr René Charon, médecin en chef directeur. 91 pages in-8°. Amiens, imprimerie G. Redonnet fils, 1904.

— Annual report of the managers of the western Pensylvania hospital, the department for the insane at Dixmont, for 1904. 76 pages in-8° avec planches. Pittsburg, 1905.

— De l'excitation sexuelle dans les psychopathies anxieuses; par le Dr A. Cullerre. 20 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, février 1905.

— Some forms of insanity due to alcohol, especially in their medicolegal relations; par le Dr Chas. K. Mills, de Philadelphie. 15 pages in-12. Extrait de l'*American Medicine*, février 1905.

— Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten; par le prof. Sigm. Freud, de Vienne, 206 pages in-8°. Leipzig, Franz Deuticke, 1905.

— Paralysie générale tuberculeuse (syndrome paralytique par encéphalite tuberculeuse); par le Dr Klippel. 4 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, 15 avril 1905.

— Ueber Störungen des Handelns bei Gehirnkranken; par le prof. H. Liepmann, de Berlin, 162 pages in-8°. Berlin, S. Karger, 1905.

Digitized by Google

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 7 juillet 1905 : Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, M. le Dr E. Régis, chargé d'un cours complémentaire des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé professeur-adjoint à ladite Faculté, à partir du 1er novembre 1905.

— *Décret du 22 juillet* 1905 : Sur la proposition du ministre de l'Intérieur, M. le Dr Vallon (Charles-Ernest), médecin en chef de l'asile clinique Sainte-Anne à Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur. — Interne en médecine en 1878, médecin-adjoint de l'asile clinique de Sainte-Anne en 1882, médecin en chef à l'asile de Villejuif en 1885, à l'asile clinique de Sainte-Anne depuis 1900; vingt-sept ans de services.

— *Arrêtés du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts* : Est promu officier de l'Instruction publique, M. le Dr Nolé, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère);

Sont nommés officiers d'Académie, MM. les Drs Gilbert Ballet, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et Th. Taty, chef de laboratoire de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Lyon.

— *Arrêté du ministre de l'Agriculture* : Est promu officier du mérite agricole, M. Cuvelier, directeur de l'asile de Saint-Méen, à Rennes.

— *Arrêtés d'août* 1905 : MM. les Drs Coulonjou, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), et Aubry, médecin-adjoint de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), sont promus à la 1re classe de leur grade (3.000 francs);

M. le Dr Pasturel, déclaré admissible au concours d'adjuvat (juin 1904), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne) (poste créé).

— *Faculté de médecine de Paris* : M. le Dr Cl. Vurpas, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé, après concours, chef de la clinique des maladies mentales.

Digitized by Google

RECRUTEMENT DES MÉDECINS ET DES INTERNES DES QUARTIERS D'HOSPICE ET DES ASILES PRIVÉS FAISANT FONCTION D'ASILES PUBLICS. — CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE.

Paris, le 2 août 1905.

Le ministre de l'Intérieur à Messieurs les Préfets.

Le conseil supérieur de l'Assistance publique, dans sa dernière session, a émis les vœux suivants :

1° Il est désirable qu'au fur et à mesure des vacances qui se produisent dans les quartiers d'hospice et dans les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, les médecins soient recrutés parmi les médecins-adjoints nommés au concours, avec les mêmes avantages en nature que les médecins des asiles (traitement, retraites, logements).

2° Il est désirable que les internes des asiles publics d'aliénés soient recrutés par concours.

L'indemnité annuelle devrait être au minimum de 800 francs et augmentée pendant quatre ans de 100 francs d'année en année. Les internes docteurs devraient avoir une indemnité de 1.200 francs au minimum.

Je vous prie de vouloir bien porter ces vœux à la connaissance des commissions administratives des hospices et des directeurs-administrateurs des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, en insistant vivement auprès d'eux pour que les praticiens choisis pour donner des soins aux malades dans ces établissements offrent toutes les garanties de savoir et de compétence.

Vous aurez soin également de n'agréer à l'avenir, dans la mesure du possible, comme médecins des asiles privés faisant fonction d'asiles publics que ceux ayant satisfait au concours d'adjuvat.

A cette occasion, je vous prie de porter à la connaissance du corps médical qu'un concours s'ouvrira dans la première quinzaine de mars 1906 au ministère de l'Intérieur pour le recrutement des médecins-adjoints des asiles, et que tous les médecins ou internes placés dans les établissements visés par cette circulaire ont le plus grand intérêt à se préparer dès maintenant à subir ces épreuves.

Pour le ministre de l'Intérieur :

Le conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques,

HENRI MONOD.

Digitized by Google

TRAITEMENTS DES MÉDECINS ADJOINTS DES ASILES D'ALIÉNÉS. CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE

Paris, le 17 août 1905.

Le ministre de l'Intérieur à Messieurs les Préfets.

Le conseil supérieur de l'Assistance publique dans sa dernière session a adopté le vœu suivant : « Il est désirable que les traitements afférents aux trois classes des médecins-adjoints des asiles d'aliénés actuellement fixés à 2.500, 3.000, 4.000 fr. soient désormais fixés à 3.000, 3.500 et 4.000 francs et complétés par les avantages en nature. »

Ces nouvelles dispositions ne pouvant que faciliter le recrutement d'un personnel méritant et digne du plus grand intérêt, M. le président de la République a bien voulu, à la date du 14 août 1905, revêtir de sa signature le décret que je lui ai soumis portant nouvelle réglementation des traitements du personnel dont il s'agit.

Ces dispositions seront applicables aux médecins-adjoints qui seront nommés à la suite du prochain concours de mars 1906, et à partir du 1er avril de la même année aux médecins-adjoints actuellement en fonctions et qui ne bénéficieraient pas encore du traitement de 3.000 francs.

Il est bien entendu que ce décret ne saurait en rien être préjudiciable aux intérêts des médecins-adjoints nommés avant le concours de 1906.

Je vous prie de vouloir bien porter cette circulaire à la connaissance du Conseil général de votre département dès l'ouverture de la session d'août et inviter, en même temps, l'assemblée départementale à voter les fonds nécessaires au traitement des médecins-adjoints des asiles d'aliénés lors de l'examen du budget de 1906.

Le ministre de l'Intérieur,
EUG. ETIENNE.

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Violente agression d'un aliéné sur le surveillant en chef de l'asile. — Un fait qui pouvait avoir les plus douloureuses conséquences s'est passé récemment à l'asile d'Aix-en-Provence : le surveillant en chef, M. Calais, a été l'objet d'une violente agression de la part d'un malade de son service. Voici d'ail-

Digitized by Google

leurs comment, dans son rapport, M. Calais raconte lui-même ce qui s'est passé :

« Le 1er juillet 1905, à 11 h. 40 du matin, on vint me prévenir que le malade G..., du 1er quartier, était dans un état très violent de surexcitation et causait un grave désordre. Immédiatement je me rendis dans ledit quartier où je trouvai le malade G..., debout sur un banc, et armé d'un couteau de table. Après avoir de toute façon essayé de le calmer, le malade bondit sur moi, cherchant à me faire un mauvais parti, me porta un coup de son arme au niveau des reins, avec une telle violence que la lame, sans pénétrer (le couteau était en effet arrondi à son extrémité), se brisa dans le dos. A ce moment, le malade se trouva désarmé; mais revenant aussitôt au réfectoire, il s'empara à nouveau d'un second couteau sans que le chef de quartier se fût interposé ou eût tenté de lui barrer le passage.

« Il retourna donc encore armé et me fonça dessus, mais entre temps, ayant moi-même pu saisir une chaise, je m'en servis comme d'un bouclier pour ma défense. A cet instant critique, je me trouvais seul et sans aide de la part d'aucun surveillant. Je me tenais toujours sur la défensive, quand le malade profita d'un moment d'oubli pour me porter un nouveau coup dans la région du cou ; cette fois la chemise fut déchirée et la peau éraflée ainsi que les parties molles sous-jacentes, sur une longueur de plusieurs centimètres. La lame, si elle eût été effilée, n'aurait certainement pas manqué de me trancher la carotide. Après cette lutte qui avait déjà duré un quart d'heure, plusieurs surveillants arrivèrent des quartiers voisins ainsi que des employés du service général, et nous pûmes ainsi arriver à maîtriser le malade et le mettre dans l'impossibilité de nuire.

« G..., immédiatement camisolé et conduit en cellule, a continué à proférer des menaces à l'adresse des employés et des médecins. »

On ne saurait assez féliciter M. Calais du sang-froid qu'il a montré en cette circonstance périlleuse où sa vie fut réellement en danger. Les félicitations que lui ont adressées ses chefs devant le personnel de l'asile réuni étaient justement méritées. Il faut espérer que les pouvoirs publics tiendront à récompenser son acte de courage qui, pour simple qu'il est, n'en est pas moins méritoire. — A. R.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

62. *Un homme des bois.* — On écrit de Neuilly-sur-Seine au *Petit Parisien* (numéro du jeudi 8 juin 1905) :

Digitized by Google

Au moment où, hier après-midi, les voitures se rendant aux courses traversaient le Bois, un individu paraissant âgé d'environ cinquante ans, la barbe et les cheveux hirsutes, sortit brusquement d'un fourré dans la simple tenue d'un homme des bois. Et l'étrange apparition, causant un émoi indescriptible, se dirigea à toutes jambes vers le pont de Suresnes.

Franchissant le pont, le singulier personnage alla s'asseoir à la terrasse d'un café où l'on parvint à le capturer en le recouvrant d'une couverture.

Cet individu, dont on n'a pu établir l'identité ni retrouver les vêtements, a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

63. *Violences et menaces.* — On lit dans le *Petit Parisien* (numéro du jeudi 8 juin 1905) :

M. B..., rentier, avenue Henri-Martin, sortait de chez lui, hier matin, se rendant au bois de Boulogne, lorsqu'à l'angle de la rue de la Pompe, une jeune femme très élégamment vêtue s'élança vers lui et, le frappant de son ombrelle, s'écria à tue-tête :

— Arrêtez-le! Arrêtez-le! C'est lui, c'est mon mari qui m'a empoisonnée.

Attirés par ce vacarme, des agents accoururent et délivrèrent M. B... qui, malgré ses dénégations, fut conduit au poste de police du quartier de la Muette, ainsi que son accusatrice. En présence de M. Bacot, commissaire de police, M. B... n'eut pas de peine à se disculper, et à prouver qu'il venait d'avoir affaire à une folle.

Celle-ci, Mlle Marguerite Malgueil, âgée de vingt-deux ans, couturière, avenue de Versailles, à Auteuil, a été envoyée à l'infirmerie du Dépôt.

64. *Menaces de mort et suicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du samedi 10 juin 1905) :

Un épouvantable drame s'est déroulé, hier, rue d'Ernouilly, à Colombes, dans une maisonnette habitée par un débardeur, nommé Ernest Jonillard, âgé de trente-cinq ans, sa femme et ses trois enfants en bas âge.

Jonillard, alcoolique invétéré, avait déjà donné de fréquents indices de dérangements cérébraux, lorsque, hier matin, vers sept heures, alors que sa femme et ses enfants dormaient encore, il se leva, et, pris d'une véritable crise de frénésie, se mit à briser les meubles de la chambre. Puis, s'armant d'un énorme couteau de cuisine, il se précipita vers l'alcôve où dormaient les siens. Le forcené allait certainement se livrer à un épouvantable carnage, lorsque des voisins, attirés par le bruit, arrivèrent. A leur vue, Jonillard, sans abandonner son couteau, sauta par une fenêtre donnant, au premier étage, sur les champs, et se mit à fuir à toutes jambes.

Digitized by Google

Les voisins, bientôt accompagnés d'agents qu'on avait été prévenir, se mirent à la poursuite du fugitif; mais celui-ci se voyant sur le point d'être rejoint fit un brusque crochet, revint toujours courant vers son logis, franchit d'un bond une haie qui forme la clôture de son jardinet et alla se barricader dans un petit hangar dépendant de l'habitation.

Sur ces entrefaites, M. Hocquet, commissaire de police de Courbevoie, était arrivé. Il fit enfoncer la porte et les agents se précipitèrent, prêts à engager la lutte avec le furieux. Mais il n'en était plus besoin. Etendu à terre, au milieu d'une mare de sang, Jonillard se débattait, le corps agité des derniers spasmes de l'agonie, tenant encore, dans sa main crispée, le couteau avec lequel il venait de s'ouvrir la gorge. Il mourut comme on le transportait dans une pharmacie.

65. *Excentricités et tentative de suicide.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du mardi 13 juin 1905) :

Les agents du poste du boulevard Garibaldi étaient étonnés, la nuit dernière, vers deux heures du matin, de voir une soixantaine de chevaux, qui emplissaient l'air de leurs hennissements, s'élançaient en gambadant aussi librement sur le boulevard que dans les plaines de la Crau.

L'explication de cette soudaine apparition fut vite trouvée :

Un chiffonnier, Benoît Gontero, trente-cinq ans, 26, rue Ginoux, au cours d'un accès de folie, avait pénétré dans les écuries de M. Bisson, loueur de voitures, boulevard Garibaldi, 80, et avait ouvert les portes des remises à tous les chevaux.

Les gardiens de la paix Alibert et Lauda tentèrent d'arrêter le dément qui, de la porte de M. Bisson, contemplait le spectacle offert par les animaux en liberté; mais Gontero se rua sur l'agent Alibert, le frappa à coups de fouet, puis le mordit cruellement à l'épaule et à la main droites, si bien qu'on dut transporter la victime à l'hôpital Necker.

Gontero se voyant cerné par les agents sortit un petit canif de sa poche et se l'enfonça à deux reprises en pleine poitrine. Il fut désarmé à temps et ses blessures sont superficielles.

Il se défendit néanmoins énergiquement, et il fallut le ligotter pour l'enfermer ensuite dans un violon du poste de Necker.

M. Raynaud, commissaire du quartier, a fait diriger le pauvre fou sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

66. *Incendie.* — Rue de La Chapelle, à Saint-Ouen, un chiffonnier brocanteur, Michel Balazy, quarante-cinq ans, devenu subitement fou, mit le feu à sa « canfouine », et, armé d'un sabre de cavalerie, il grimpa sur la toiture pour défier ses ennemis. Au milieu d'un tourbillon de fumée et de flammes, le malheureux allait infailliblement périr, quand les pompiers ar-

Digitized by Google

rivèrent juste à temps pour le doucher et éteindre l'incendie qui consumait la baraque.

Balazy, tout transi, s'est laissé docilement conduire ensuite à l'infirmerie spéciale. (*Le Journal*, numéro du samedi 14 juin 1905.)

67. *Tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du mardi 19 juin 1905) :

Comment M. Bobette est devenu fou? Voilà ce qu'on ne saura peut-être jamais. Rue de Belleville, il achevait dans la paix une vie calme et honnête; il vivait dans l'aisance, et il avait passé depuis bien longtemps l'âge des grandes peines de cœur; mais ce qu'il y a de bien sûr, c'est que M. Bobette est devenu fou.

Une de ses voisines, hier au soir, Mme Moniot, journalière, âgée de trente-sept ans, sortait de chez elle avec son fils, Pierre Moniot, six ans. Comme ils arrivaient dans la cour de la maison, brusquement un homme hagard s'élança sur cette dame, il la bouscula et, enlevant dans ses bras le petit Pierre, il prit sa course en poussant d'horribles cris de joie. C'était M. Bobette, le doux, l'honnête M. Bobette. Mme Moniot appela au secours. D'autres voisins sortirent et, s'étant mis à la poursuite du ravisseur, ils l'arrêtèrent au moment où, dans sa rage folle, il allait écraser sur le pavé le pauvre petit garçon, tout meurtri déjà et à demi mort de peur. M. Bobette, qui semblait tout joyeux encore de son exploit, s'est contenté de dire avec un malin sourire entendu :

— Il faut tuer les hommes quand ils sont jeunes, autrement on n'en peut rien faire de bon jamais.

M. Bobette a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

68. *Tentative de meurtre.* — On lit dans le *Petit Parisien* (numéro du mercredi 21 juin 1905) :

Un comptable, âgé de trente ans, M. Charles Letellier, demeurant chez ses parents, rue Lhomond, était en visite, hier après-midi, chez ses tantes, Mlles Bonnin, blanchisseuses, rue du Foin, lorsque, pris d'un accès subit de folie, il sortit un revolver de sa poche et tira une série de coups de feu qui, heureusement, n'atteignirent personne.

M. Guicheteau, commissaire de police du quartier, l'a envoyé à l'iufirmerie spéciale du Dépôt.

69. *Agression violente et tentative de suicide.* — On écrit de Budapest au *Petit Parisien* (numéro du lundi 26 juin 1905) :

La grande rue de la ville de Gyoer (Hongrie occidentale) a été bouleversée, l'autre jour, par une jeune fille de seize ans, devenue subitement folle et qui a essayé de s'étrangler sous les yeux des passants épouvantés.

La jeune fille, Mlle Isabelle Ternyei, appartenant à une des

Digitized by Google

meilleures familles de la ville, faisait une course avec sa grand' mère, Mme veuve Balogh. Soudain, elle se mit à faire des grimaces et à tirer la langue aux passants, à la grande confusion de la vieille dame, qui héla un fiacre pour ramener la jeune fille au logis.

Mais cette dernière, quittant sa grand'mère, leva son ombrelle et courut devant elle, frappant à droite et à gauche tous ceux qu'elle rencontrait. Puis, retournant sur ses pas, elle se précipita sur la vieille dame, suffoquée de honte et d'émotion, et lui cracha plusieurs fois au visage. Enfin, saisie à bras-le-corps par un passant plus couragenx que les autres, elle se pressa le cou avec une force telle que ses yeux s'injectèrent de sang et que l'écume lui sortit de la bouche. Trois hommes parvinrent à peine à maîtriser la forcenée.

La malheureuse jeune fille a été conduite sur-le-champ à l'hospice des aliénés, où l'on a dû lui passer la camisole de force, tellement sa folie était violente. D'ailleurs, l'aliénation mentale semble être héréditaire dans la famille de Mlle Ternyei. Son grand-père et sa tante moururent fous, et une de ses cousines s'est suicidée il y a quelques semaines.

70. *Excentricités*.. — On écrit d'Issy-les-Moulineaux au *Petit Parisien* (numéro du jeudi 29 juin 1905) :

Un marchand des quatre saisons, M. Paul Gélimier, domicilié impasse Cloquet, atteint tout à coup de folie mystique, sortit, la nuit dernière, dans la rue, en tenue plus que sommaire, chantant des cantiques et tenant à la main un cierge allumé.

Difficilement maîtrisé par deux gardiens de la paix, le malheureux aliéné a été dirigé sur l'infirmerie spéciale par les soins de M. Coste, commissaire de police.

71. *Agressions violentes*. — Une dame Léonie Masse, âgée de quarante-deux ans, demeurant rue Chance-Milly, à Clichy, donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale. Hier soir, vers quatre heures, prise d'une crise de folie furieuse, elle se précipita hors de chez elle, armée d'un revolver, et se mit à tirer sur un groupe de promeneurs. Par un heureux hasard, les projectiles n'atteignirent personne. Il fallut plusieurs agents pour maîtriser la malheureuse femme, qui a été dirigée sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du dimanche 2 juillet 1905.)

72. *Tentative de suicide*. — On écrit d'Emerainville au *Petit Parisien* (numéro du mardi 4 juillet 1905) :

Atteint depuis plusieurs mois de la monomanie de la persécution, un charretier, François Guénot, était l'objet d'une surveillance étroite de la part des siens. Mais hier, tandis que sa femme s'absentait pour aller au jardin, Guénot se rendit

Digitized by Google

dans un petit bâtiment contigu à son habitation et s'y coupa la gorge avec un couteau. Son état est grave.

73. *Agression violente.* — Un ouvrier peintre, M. Jean Savorges, âgé de trente ans, son pot de peinture à la main, suivait, hier matin, la rue d'Abbeville, se rendant à son travail. Subitement, il fut pris de folie. Cette folie, qui peut être attribuée à l'excès de chaleur que nous subissons depuis quelques jours, se manifesta sous une forme toute professionnelle. Jean Savorges, ayant posé à terre son pot de couleur, armé de son épais pinceau fortement imprégné, voulut peinturlurer la face des passants. Cela provoqua quelque indignation et un ouvrier mécanicien, M. Louis Machalle, demeurant boulevard de la Villette, ne se gêna pas pour dire au peintre ce qu'il pensait de sa peinture. Mais celui-ci, devenu furieux, se précipita sur lui et, l'ayant renversé, il le barbouilla de telle façon que le malheureux étouffant, les yeux brûlés, à dû être transporté dans une pharmacie.

Le fou a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du mercredi 5 juillet 1905.)

74. *Excentricités.* — L'inspecteur de la Sûreté Penn, aidé de ses collègues Breton et Chérel, ont conduit, non sans difficultés, à l'infirmerie spéciale du Dépôt, un rentier, Léon Fadel, quarante-trois ans, qui s'était amusé à couper la principale conduite de gaz de l'immeuble qu'il habite rue de la Michodière. Au moment de son arrestation, il chantait des cantiques dans sa chambre, éclairée de quarante bougies et décorée comme une église. (*Le Matin*, numéro du jeudi 6 juillet 1905.)

75. *Double homicide.* — On télégraphie de Saint-Flour au *Journal* (numéro du vendredi 7 juillet 1905) :

Le nommé Loussert, âgé de quarante-cinq ans, propriétaire à Loudier, commune de Paulhac (Cantal), a tué ses deux enfants, deux garçons de cinq et sept ans, à coups de hache.

Il a dit que, se trouvant dans de mauvaises affaires, il a voulu les débarrasser de la vie.

Loussert a été interné deux fois pour folie.

76. *Suicide.* — Dans un accès de folie furieuse, un nommé Louis Georget, quarante-quatre ans, serrurier, demeurant rue Broca, 26, a complètement brisé son mobilier, puis s'est pendu à la lampe-suspension de la salle à manger.

Lorsque sa femme revint, quelques instants plus tard, le malheureux avait cessé de vivre. (*Le Journal*, numéro du vendredi 7 juillet 1905.)

77. *Double parricide.* — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du jeudi 17 août 1905) :

Un drame de la folie s'est produit avant-hier soir, vers cinq heures, à Bouray, dans l'arrondissement d'Etampes.

Digitized by Google

Un jeune homme de vingt-quatre ans, Fernand Dijon, fils de cultivateurs du hameau du Petit-Mesnil, avait dû être interné à Sainte-Anne, car il donnait des signes d'aliénation mentale très prononcés et menaçait de tuer les personnes qui l'approchaient. Ce ne fut, d'ailleurs, qu'à leur corps défendant que les parents, Adolphe-Emile Dijon, cultivateur, âgé de soixante et un ans, et sa femme, née Hortense Lefort, âgée de cinquante-cinq ans, se décidèrent à l'internement du jeune homme, qu'ils avaient soigné avec dévouement.

Aussi, dès que Fernand Dijon parut guéri, ses parents s'empressèrent-ils d'aller le chercher, samedi dernier, à Paris. On fêta son retour au Petit-Mesnil. On eut peut-être tort, car le malade demandait encore quelques ménagements, surtout par le temps orageux que nous traversons.

Avant-hier, il parut à nouveau très exalté. Toutefois, son état n'inspirait pas d'inquiétude immédiate et on ne le surveilla pas suffisamment, car le malheureux aliéné réussit à s'emparer d'un fusil de chasse qu'il chargea en cachette. Puis ressortant dans la cour où se trouvaient en ce moment ses parents, il ajusta rapidement et fit feu à deux reprises. Le père Dijon, atteint en pleine poitrine, s'affaissa sans mot dire. Il avait été frappé mortellement.

Sa femme fit quelques pas et tomba à son tour sans connaissance pendant que le meurtrier s'enfuyait.

On perdit les traces de celui-ci dans les bois des environs et on ne savait ce qu'il était devenu lorsque, hier, on apprit par un télégramme son arrestation à Trésigny-sur-Orge.

Cette commune se trouvant dans l'arrondissement de Corbeil, Fernand Dijon a été mis à la disposition du parquet de cette ville et sera transféré ultérieurement à Etampes.

L'état de Mme Dijon paraît désespéré.

78. *Double tentative de meurtre.* — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du vendredi 18 avril 1905) :

Pierre Mirdinger, journalier, âgé de cinquante ans, est un alcoolique invétéré. Il est sorti, depuis quinze jours seulement, de l'asile de Ville-Evrard, où il était en traitement.

A peine rentré chez lui, à Paris, impasse Choquet, il s'est remis à boire et n'a cessé de faire des scènes violentes à sa femme, une excellente personne, ainsi qu'à son fils, Jean, âgé de vingt et un ans, ouvrier mécanicien, honnête et laborieux.

Mardi soir, il ne parut pas à l'heure du dîner. Il rentra vers onze heures, complètement ivre.

Sa femme et son fils, qui l'avaient attendu pour se mettre à table, lui adressèrent quelques reproches. L'alcoolique entra dans une violente colère, qui ne tarda pas à déterminer une crise de délire.

Digitized by Google

S'armant d'un marteau qu'il saisit sur un meuble, il en asséna trois coups sur la tête de sa femme, qui tomba, ensanglantée. Son fils voulut s'interposer. Il fut frappé d'un coup de marteau près de l'oreille gauche.

Des voisins, accourus au bruit, s'emparèrent alors du forcené. Il ne fallut pas moins de cinq hommes pour le maîtriser.

Il a été amené devant M. Cellier, commissaire de police, qui l'a fait diriger sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Mme Mirdinger a été transportée à l'hôpital Saint-Louis. Son fils est soigné à son domicile. Leur état est assez grave.

79. *Suicide.*—Dans un hôtel de la Rochelle, M. Joseph Marchesseau, avocat à Niort, maire de Clavette, s'est tiré un coup de revolver dans la tête. La mort a été instantanée. Depuis la mort récente de son enfant, M. Marchesseau, qui était âgé de trente-cinq ans, ne jouissait plus de la plénitude de ses facultés mentales. (*Le Temps*, numéro du lundi 28 août 1905.)

TRIBUNAUX

Une amie des bêtes. — Mlle Noémie-Adèle Manière est décédée le 4 mai 1903, rue Nollet, à Paris, à l'âge de soixante-treize ans, laissant un testament ainsi conçu :

Au nom du Père, du Fils et du Saint-Esprit, ainsi soit-il.

Ceci est mon testament :

Je donne ce que je laisserai à mon décès à la Société protectrice des animaux, en souvenir de l'amitié que j'ai toujours eue pour eux et qu'ils m'ont témoignée aussi, et dont souvent j'aurais voulu adoucir le mal, siégeant à Paris (Seine), rue de Grenelle, n° 82 ou 84 ; et à l'administration du Jardin des Plantes de la ville de Paris, place Valhubert, en souvenir aussi pour toutes les merveilles de la nature dont ma vie a été si charmée. Et tous ces êtres muets n'auront qu'à unir leur silence au mien lorsque je ne serai plus. Je veux que mes volontés soient exécutées comme je le désire.

Fait par moi, Mlle Noémie-Adèle Manière, demeurant à Paris, rue Nollet, n° 37.

Paris, le 15 décembre 1902.

Signé : MANIÈRE.

Ce testament vient d'être attaqué pour insanité d'esprit par les deux frères de la défunte. Ils soutiennent que cet acte de dernière disposition révèle un état d'âme excluant la possibilité de tester valablement, surtout si on le rapproche du genre d'existence mené par la testatrice, dont les bêtes les plus variées faisaient, paraît-il, l'unique société, telle une anguille,

Digitized by Google

par exemple, dans son bocal, sans compter l'angora et les perroquets familiers.

Le directeur du Muséum et la Société protectrice des animaux affirment au contraire la parfaite validité d'un legs fait à deux institutions capables de le recueillir.

Me Cazavan a plaidé pour les demandeurs, Me Plum pour le directeur du Muséum, Me Puech, avocat de la Société protectrice des animaux, devant la 1re chambre du tribunal civil, présidée par M. Le Berquier.

Le tribunal a repoussé la demande en nullité, estimant qu'il est impossible de taxer d'insanité, comme on l'a fait, le testament de Mlle Manière, sous prétexte qu'elle léguait sa fortune à des institutions scientifiques ou bienfaisantes; un semblable testament est au contraire en harmonie avec l'existence que menait Mlle Manière, qui, désabusée des gens et des choses, avait fait des animaux, êtres primitifs et simples, sa société habituelle.

Il y a donc au contraire toute raison de penser que Mlle Manière, en agissant de la sorte et en enrichissant des sociétés comme la Société protectrice des animaux, instituées précisément pour un tel but, a fait preuve d'intelligence et de bon sens. (*Le Petit Temps*, numéro du dimanche 9 juillet 1905.)

Un testament bizarre. — Le 14 mai 1904, décédait à Gallardon (Eure-et-Loir) une demoiselle Laîné, qui, par testatament, léguait toute sa fortune — évaluée à près de 200.000 francs — à la police de Dreux. Ledit testament était ainsi libellé :

1° Je donne ma fortune à la police de Dreux, fortune et mobilier.

(Suivent des dispositions relatives à ses obsèques, à des messes, etc.).

6° La police de Dreux condamnera à l'emprisonnement la femme Carraud et ses enfants; je les déshérite entièrement; la police de Dreux les condamnera à l'emprisonnement s'ils interviennent;

7° Je donne ma fortune provenant du travail de mes parents à la police de Dreux, qui saura comprendre leur travail.

Fait à Gallardon, en ma demeure, le vingt-deux juin mil huit cent quatre-vingt-dix-neuf.

FÉLICITÉ-MARIE-LUCIE-ADÈLE LAINÉ.

La fortune s'élevait exactement à 106.000 francs en valeurs, un millier de francs de mobilier, deux maisons à Gallardon et deux maisons à Dreux, représentant 70.000 à 80.000 francs.

A l'unanimité, le conseil municipal de Dreux avait émis un

Digitized by Google

avis favorable à l'acceptation du legs et à la poursuite de tout procès intenté par les héritiers, lesquels sont tous des cousins éloignés.

Les héritiers de la demoiselle Laîné ont formé contre la ville de Dreux une demande en nullité de testament et ont soutenu que leur parente, au moment où elle testa, ne jouissait plus de la plénitude de ses facultés mentales.

Le tribunal civil de Chartres, acceptant cette thèse, a prononcé l'annulation du testament de la demoiselle Laîné et condamné la ville de Dreux aux dépens.

Me Chenu, bâtonnier du barreau de Paris, soutenait les intérêts des héritiers, et Me Poignard se présentait pour la ville de Dreux. (*Le Temps*, numéro du lundi 7 août 1905.)

FAITS DIVERS

Tentatives de suicide de prévenus. — Les tentatives de suicide commis par des prévenus ne sont pas rares. En voici deux que nous recueillons à quelques jours d'intervalle :

« Le nommé François Padovani, âgé de vingt-six ans, inculpé de complicité dans une tentative d'assassinat commise à Marseille, a été arrêté en Espagne et conduit à Perpignan. Dans l'après-midi d'hier, il fut atteint d'un accès de folie furieuse et se précipita tête baissée contre les murs de sa cellule. Il s'est gravement blessé au crâne.

« On l'a conduit avec peine à l'hôpital, en attendant qu'on puisse le transférer à l'asile d'aliénés de Limoux. »

Ce premier cas est emprunté au *Journal* (numéro du mardi 4 juillet 1905) ; voici le second, rapporté par *Le Temps* (numéro du samedi 5 août 1905) :

« En pénétrant dans le local servant d'atelier aux prisonniers, pour y réintégrer un détenu, le gardien Schmitter, de la maison d'arrêt de Montmédy, apercevait le détenu Gustave Prudhomme qui était pendu à l'aide d'une petite corde au grillage d'une fenêtre.

« Aussitôt, le gardien le dépendit et fit tout son possible pour le rappeler à la vie, mais vainement.

« Gustave Prudhomme, âgé de cinquante-deux ans, perruquier, domicilié à Bréhéville, devait comparaître à la prochaine session des assises de la Meuse, comme accusé d'assassinat sur la personne de sa femme. »

Une aliénée trouvée morte dans un calorifère. — Dans les derniers jours de juin on constata, un matin, à l'asile d'aliénés

Digitized by Google

de Ville-Evrard, la disparition d'une dame Marie Gaucher, née Roux, internée depuis le 15 août de l'année dernière.

Le directeur ordonna des recherches.

Pendant une journée le personnel de l'asile visita les environs, s'informa auprès des habitants de Neuilly-sur-Marne. Craignant qu'elle ne se fût jetée à l'eau, on fouilla même, à l'aide de crocs, le canal et la Marne qui se trouvent dans le voisinage de l'asile. La folle n'ayant pu être retrouvée, on dut se borner à inscrire sur son dossier la mention « évadée » et l'on informa sa famille.

Mme Marie Gaucher, qui était âgée de trente-six ans, était mariée à un conducteur de travaux publics que ses fonctions retiennent depuis plus d'un an en Indo-Chine. Elle était mère de deux enfants, un garçon âgé de treize ans, et une fille de dix ans, qui sont tous les deux en pension à Limoges sous la garde de leur oncle maternel depuis qu'elle dut être internée.

C'est à la suite d'une fièvre typhoïde que Mme Gaucher avait donné, il y a deux ans, les premiers signes de dérangement cérébral.

Son état s'était beaucoup aggravé à la suite du départ de son mari. Le Dr Bourichon qui la soignait dut se décider à autoriser son internement à l'asile de Ville-Evrard. La malade s'y laissa docilement conduire par son frère, M. Auguste Roux.

Après avoir été placée en observation pendant quelques jours, Mme Gaucher fut reconnue pour une mélancolique ayant des idées de suicide et admise dans le service du Dr Kéraval. Il fallait la surveiller très attentivement, dans la crainte qu'elle n'attentât à ses jours, et il était nécessaire de lui introduire les aliments dans la bouche, car elle ne se nourrissait pas seule.

Les voisines de lit de Mme Gaucher n'avaient pu donner aucun renseignement sur les conditions dans lesquelles elle avait quitté le dortoir.

Mardi dernier, un employé de l'asile, que son travail retenait dans les sous-sols, fut incommodé par une odeur cadavérique qui paraissait provenir du calorifère. Il ouvrit la porte de l'appareil, épaisse plaque de fonte mesurant 75 centimètres de diamètre ; il fut alors suffoqué par l'atmosphère empestée qui s'échappa aussitôt par cette ouverture. Il dut se retirer et attendre que le courant d'air eût un peu assaini les abords de l'appareil de chauffage.

Avec un de ses camarades, il revint explorer, à la lueur d'une lanterne, l'intérieur du calorifère. Dans un recoin, blottie contre la grille servant à la sortie des cendres, ils découvrirent une forme humaine.

On prévint le directeur, M. Balet. Celui-ci avertit le parquet de Pontoise, et immédiatement fit procéder à l'enlèvement

Digitized by Google

du cadavre, qui était dans un état de décomposition si avancé qu'il aurait été impossible d'établir l'identité du corps d'après les traits du visage; c'est à un peigne d'écaille et à divers objets qu'on a pu s'assurer que c'était celui de Mme Gaucher.

La malheureuse démente, après être sortie de la salle où elle était en traitement, s'était réfugiée dans les caves. Ayant sans doute entendu du bruit, elle se sera blottie dans le calorifère dont l'ouverture était probablement entre-bâillée. Pour ne pas être découverte, elle aura tiré sur elle la porte en fonte de l'appareil. Comme cette porte ne s'ouvre qu'à l'extérieur, Mme Gaucher n'aura pas pu s'échapper. Elle est morte de faim entre les quatre murs en brique de la chambre de chauffe.

Le parquet de Pontoise procède à une enquête afin d'établir les responsabilités. (*Le Temps*, numéro du samedi 5 août 1905.)

Mort du « guérisseur » Philippe. — On lit dans *Le Temps* (numéro du lundi 7 août 1905) :

Le « guérisseur » lyonnais Philippe — de son vrai nom Philippe Landard — vient de mourir à l'Arbresle, dans le Rhône.

Ce singulier thaumaturge se qualifiait modestement de chimiste depuis qu'il avait eu des difficultés pour exercice illégal de la médecine.

C'était un ancien garçon boucher qui prétendait s'être senti appelé, par des voix secrètes, à pratiquer des guérisons par l'hypnotisme. Il opérait dans un petit salon de la rue de la Tête-d'Or, à Lyon. Ses clients s'alignaient dans l'ordre de leur arrivée. Philippe s'arrêtait devant chacun d'eux, le touchait au front et le déclarait guéri.

A ce métier, Philippe s'était acquis une fortune rondelette.

PREMIER CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

(*Liége*, 28 *au* 30 *septembre* 1905.)

La Société belge de Neurologie et la Société de Médecine mentale de Belgique ont décidé de provoquer périodiquement une réunion extraordinaire, qui s'intitulera « Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie ».

Les praticiens de toutes nationalités pourront faire partie de ce Congrès; la seule restriction imposée est l'usage d'une des langues usitées en Belgique.

La première session se réunira à Liége, du 28 au 30 septembre 1905. Le bureau de cette session se compose des membres des bureaux respectifs des deux sociétés fondatrices.

Digitized by Google

Présidents : Mlle le Dr Ioteyko, présidente de la Société de Neurologie, et M. le Dr Glorieux, président de la Société de Médecine mentale.

Vice-Présidents : Mlle le Dr Stefanowska, vice-présidente de la Société de Neurologie et M. le Dr Crocq, vice-président de la Société de Médecine mentale.

Secrétaire général : M. le Dr Massaut, secrétaire de la Société de Médecine mentale.

Trésoriers : M. le Dr Decroly, trésorier de la Société de Neurologie, et M. le Dr Villers, trésorier de la Société de Médecine mentale.

Secrétaires des séances : MM. les Drs Boulenger, Derode, Masoin et Sano, secrétaires et bibliothécaire des Sociétés de Neurologie et de Médecine mentale.

Comité local de réception.

Président : M. le Dr X. Francotte, professeur à l'Université de Liége.

Membres : M. le Dr Buttgenbach, directeur de la Maison de santé de Glain ; M. le Dr L. L'Hoest, médecin en chef de l'Asile Sainte-Agathe.

Travaux scientifiques

Les travaux du Congrès comprennent deux parties :

1° **Rapports.** — Ces rapports, au nombre de trois, seront distribués au moins trois semaines avant la réunion du Congrès, de manière à pouvoir être attentivement étudiés par ceux qui désirent prendre part à la discussion.

Les questions choisies pour la session de 1905 sont :

a) Psychiatrie : *Le travail considéré comme moyen thérapeutique.* — Rapporteur : M. le Dr Cuylits, médecin en chef de l'asile d'Evere.

b) Neurologie : *La ponction lombaire au point de vue diagnostic et thérapeutique.* — Rapporteurs : M. le Dr De Buck, médecin en chef de l'asile de Froidmont, et M. le Dr Ley, directeur de l'Ecole d'enseignement spécial d'Anvers.

c) Psychologie : *Le sens de la douleur.* — Rapporteur : Mlle le Dr Ioteyko, chef du laboratoire de psychologie de l'Université de Bruxelles.

2° **Communications diverses.** — Une place importante

Digitized by Google

est réservée aux communications originales sur un sujet quelconque de neurologie ou de psychiatrie, avec présentation de malades, de pièces anatomiques et microscopiques.

Les membres qui désirent faire une communication au Congrès sont priés d'en envoyer le titre et le résumé au secrétaire général avant le 31 août 1905.

Les séances du Congrès seront combinées avec la visite des principaux Instituts universitaires de Liége; de la Maison de santé de Glain, où un déjeuner sera offert par la Direction, et de l'Exposition, dont l'entrée sera gratuite.

Après la clôture du Congrès, un banquet sera offert aux membres, par M. le Dr Glorieux, président.

Le prix de la cotisation est fixé à 10 francs. Envoyer les adhésions à M. le Dr Massaut, secrétaire général, boulevard Defontaine 19, Charleroi.

Le rédacteur en chef-gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

Digitized by Google

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

LES INCENDIAIRES

Par le Dr GIMBAL
Médecin adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne).

Mémoire couronné par la Société médico-psychologique (Prix Esquirol, 1904)

INTRODUCTION

La distinction des délires, en délires généraux et délires partiels, suivant qu'ils sont formés par un seul ordre ou par plusieurs ordres d'idées, entraînant dans le premier cas des actes semblables, et dans le second des actes différents, a été admise par la plupart des anciens auteurs. Pinel, notamment, a divisé les folies en générales et partielles. Cette conception doctrinale a placé les aliénés ayant commis les mêmes actes dans des catégories distinctes, et chacune de ces catégories a constitué, avec Esquirol, une maladie définie, une

Digitized by Google

folie partielle, une monomanie. C'est ainsi que les aliénés incendiaires, déments et imbéciles exceptés, ont formé la pyromanie.

Cette première période de l'histoire des incendiaires mérite d'être nommée *période symptomatique*, parce que l'incendie, simple symptôme de maladies très diverses, est considéré suffisant pour grouper en une seule et même entité morbide, la pyromanie, tous les aliénés l'ayant commis.

Les premières observations d'incendiaires ont été publiées par des psychiatres allemands : Osiander (1), Henke (2), Meckel (3), Masius (4), Flemming (5), Meyer (6), Brefeld, Richter.

« Beaucoup de crimes, dit Osiander, tirent leur source d'une affection particulière du cerveau, et il est bien prouvé que la disposition à incendier peut résulter d'une semblable affection, surtout pendant le développement de la puberté chez les deux sexes ; disposition analogue à celle des crétins qui arrivent à jouer avec le feu, ou à celle de certains chiens ou chats, qui, sans détourner la vue, regardent pendant des heures entières le brasier ardent d'un foyer de cheminée ou d'un poêle. »

Osiander donne une explication somatique, physiologique, de la pyromanie. Au moment de la puberté, le sang artériel étant attiré vers les organes génitaux, le sang veineux domine dans la circulation cérébrale. Les organes de la vision, privés de sang artériel, moins

---

(1) Osiander. *Traité du suicide*, Hanovre, 1813.
(2) Henke. *Annales de Kopp*, 1817, Mémoires de médecine légale, 1824.
(3) Meckel. *Psychologie judiciaire*, 1820.
(4) Masius. *Commentaire sur le droit civil et criminel*, Rostock, 1821.
(5) Flemming. *Archives de Horn*, 1830.
(6) Meyer. *Archives de Henke*.

Digitized by Google

irritables, ont un besoin impérieux de lumière, et ce besoin détermine la pyromanie.

Henke admet que la pyromanie se manifeste chez les jeunes sujets, et plus souvent chez les jeunes filles que chez les garçons. Elle est la conséquence d'un état physique anormal, d'une évolution irrégulière de la puberté. Tous les cas d'incendiaires doivent être rattachés à un travail pathologique du développement sexuel.

Masius ne fait qu'appuyer de son autorité les faits rapportés par Henke, et en donne la même explication.

Flemming, Meyer, Brefeld et Richter n'établissent pas des rapports de cause à effet entre la puberté et la pyromanie. Ils estiment qu'il est fréquent que l'incendie soit commis par un sujet ayant dépassé l'âge de la puberté, et qu'il est possible de connaître le plus souvent le mobile auquel l'incendiaire a obéi.

En 1833, paraît l'important mémoire de Marc (1). Marc, dans une première partie, trace l'histoire générale de la monomanie dans son application à la médecine légale. « Il était réservé, dit-il, à un des génies de notre siècle, il était réservé à Pinel, de peindre le premier cet état extraordinaire, où, sans aberration sensible des facultés intellectuelles, les malades se portent à des actes qui, aux yeux du vulgaire, ne s'expliquent que par une profonde perversité. Plus tard, son élève le plus distingué, le Dr Esquirol, établit et développe la doctrine du délire partiel ou de la monomanie, état dont le caractère consiste en un petit nombre d'idées fixes, dominantes, exclusives, souvent même en une seule idée, sur lesquelles roule le délire, le raisonnement étant d'ailleurs sain sur tout autre objet. » Ces monomanies doivent entraîner l'irresponsabilité.

---

(1) Marc. Pyromanie. *Annales de médecine légale et d'hygiène publique*. Paris, 1833.

Digitized by Google

Dans une seconde partie, Marc étudie la monomanie incendiaire. Il admet d'une façon générale les idées de Henke. Cependant, tandis qu'en Allemagne les femmes commettent l'incendie plus souvent que les hommes, en France c'est le contraire. Sur 26 incendiaires, Marc trouve 17 hommes et 9 femmes. Il explique cette différence de la façon suivante :

« Dans le nord de l'Allemagne, les affections nerveuses qui se lient à des effets de puberté sont très communes, et ce pays est sans contredit celui qui a fourni le plus grand nombre d'observations de névroses les plus extraordinaires. » Il incrimine le chauffage, l'usage du café. « On s'explique comment ces influences, alternant brusquement avec l'action souvent prolongée d'un froid intense, excitent, affaiblissent tour à tour, et donnent ainsi lieu à la production de désordres, non seulement dans la circulation, les fonctions de la peau, mais encore dans l'action nerveuse. »

Marc établit les règles à suivre quand le médecin se trouve chargé d'investigations sur l'existence de la pyromanie.

Il faut tenir compte de l'époque à laquelle elle se manifeste. Elle est le résultat d'un développement anormal des fonctions sexuelles, et elle coïncide à peu près avec l'intervalle de temps qui s'écoule de la douzième à la vingtième année.

S'il existe des symptômes indiquant un développement irrégulier, ils plaideront en faveur de l'irresponsabilité de l'inculpé.

Il faut rechercher les signes possibles d'un trouble dans le système circulatoire, sanguin, et dans les fonctions du système nerveux.

L'absence de signes positifs d'un désordre mental ainsi que la présence de ceux qui paraîtraient établir l'intégrité de la raison ne devront pas dérouter ni éga-

Digitized by Google

rer le médecin, car, dans ces cas encore, il peut s'agir de pyromanie.

Dans son traité des maladies mentales, Esquirol (1), parmi toutes les autres monomanies, étudie la monomanie incendiaire. N'ayant pas eu l'occasion d'observer des faits particuliers de la monomanie incendiaire, il s'inspire du mémoire de Marc. « Les monomaniaques obéissent à des hallucinations, à des illusions, à des idées fixes, qui les déterminent à mettre le feu, comme d'autres sont déterminés à tuer leurs semblables ou à se tuer eux-mêmes. » Les incendiaires, pour Esquirol, sont des individus entraînés par quelque passion, par la jalousie, par la vengeance ou par le désordre ou la faiblesse des facultés intellectuelles.

« Parmi les incendiaires qui sont aliénés ou qui ont l'esprit affaibli, quelques-uns ont des hallucinations, la plupart obéissent à une impulsion plus ou moins forte, étant entraînés par des motifs plus ou moins plausibles; mais ces malades ne sont pas privés de la faculté de raisonner, et leur folie peut être placée parmi les monomanies raisonnantes. Il est des faits, qui démontrent que quelques incendiaires sont mus par une impulsion instinctive, indépendante de leur volonté, ce qui doit faire rentrer cette dernière variété dans la manie sans délire de Pinel, que je nomme monomanie sans délire, parce que l'action d'incendier n'est dans ce cas le résultat ni d'une passion, ni du délire, ni du manque de raisonnement. »

Legrand du Saulle (2), dans sa thèse sur la monomanie incendiaire, établit que « la monomanie est caractérisée par des conceptions délirantes, des hallucina-

(1) Esquirol. *Des maladies mentales.* Paris, 1838.
(2) Legrand du Saulle. *Thèse*, Paris, 1856. De la monomanie incendiaire.

Digitized by Google

tions, des impulsions insolites, des désordres dans le développement naturel des passions, sans dépression ni excitation des facultés intellectuelles ». Il divise les monomanies en quatre genres, et place la pyromanie dans le troisième genre qui renferme tous les troubles qui apparaissent dans l'exercice de la volonté et qui anéantissent la liberté morale.

Il distingue trois sortes de pyromanie. La pyromanie accidentelle comprend tous les cas d'incendie commis involontairement par les maniaques, déments, imbéciles et idiots. « Toutes les fois, dit-il, qu'il sera clairement démontré qu'une nostalgie préexistante ou un désordre des passions aura poussé des enfants, des personnes faibles, des vieillards, des domestiques à mettre le feu, sans que ces derniers éprouvent de penchant instinctif irrésistible, nous caractériserons cet acte de pyromanie incomplète. Enfin la pyromanie complète comprendra tous les actes incendiaires dus à un penchant instinctif irrésistible pour le feu, à des troubles dans l'exercice de la volonté, à des conceptions délirantes, des hallucinations, etc., sans dépression ni excitation des facultés intellectuelles. »

La pyromanie accidentelle entraîne l'irresponsabilité, et la pyromanie incomplète la responsabilité partielle. La pyromanie complète, enfin, entraîne la responsabilité, la responsabilité partielle, ou l'irresponsabilité, suivant le niveau de l'intelligence et le degré de résistance morale du sujet.

Dans son livre de la *Folie devant les tribunaux*, Legrand du Saulle (1) reproduit sa thèse de la monomanie incendiaire, en y ajoutant des considérations très intéressantes sur la séquestration des monomanes. Il voudrait que toutes les fois qu'il s'agit d'un crime l'on « fît

(1) Legrand du Saulle. *La folie devant les tribunaux*, 1864.

Digitized by Google

intervenir un arrêt qui prononçât presque à tout jamais la séquestration très prolongée de l'aliéné dans un établissement spécial ».

Dans une pétition adressée au Sénat, Legrand du Saulle demande « qu'un article additionnel vienne compléter la loi du 30 juin 1838, et ordonne la création d'un établissement central uniquement consacré aux individus atteints ou soupçonnés de quelque trouble psychique, et frappés de condamnations, ou tout au moins l'ouverture, dans les principaux asiles publics d'aliénés, d'un quartier spécial ».

En Legrand du Saulle, la monomanie incendiaire trouve son dernier défenseur.

Falret (1), en effet, dans son ouvrage : *Des maladies mentales*, n'admet pas la monomanie. « Aujourd'hui, dit-il, les médecins, ne voyant plus chez les monomanes que des idées et des sentiments prédominants et même uniques, ne peuvent baser leur classification que sur ces objets du délire. Ils divisent ainsi artificiellement les monomanies, d'après les facultés lésées ou d'après les idées et les sentiments qu'ils considèrent comme constituant à eux seuls toute la maladie. En décrivant, au contraire, chez ces aliénés un ensemble de symptômes, dont les objets prédominants du délire ne sont qu'un relief secondaire, on prépare les voies à une classification plus naturelle, qui tiendra compte de la totalité des phénomènes morbides et de la marche de la maladie. Ces idées délirantes ne sont qu'un phénomène accessoire de la maladie. Au point de vue thérapeutique, on s'efforcera de découvrir des moyens généraux dirigés contre la maladie elle-même, contre les tendances générales et non contre un symptôme secondaire. »

La période symptomatique de l'histoire des incen-

(1) Falret. *Des maladies mentales*, 1864.

Digitized by Google

diaires est donc finie. L'acte incendiaire n'est plus considéré que comme un syndrome. Il n'est plus la maladie; il n'est qu'un symptôme de maladies diverses.

Morel (1), dont l'influence en aliénation a été capitale, apprend que l'incendie est un symptôme de maladie mentale. Il a constaté que l'acte incendiaire se commettait au cours de la grossesse, de la menstruation, de la puberté difficile chez les jeunes filles. Il l'a signalé dans les folies instinctives des véritables dégénérés de l'espèce humaine, dans des états délirants hystériques. Il l'a vu, enfin, accompli par des imbéciles.

Avec Morel, la notion de cause acquiert sa juste importance. L'acte ne suffit plus. Il faut sa cause. L'incendie est un fait objectif, produit d'un état mental qui, avant tout, doit être découvert.

Et ainsi, à la *période symptomatique* de l'histoire des incendiaires, succède la *période étiologique*, l'incendie étant rattaché à sa cause vraie. En dehors de la grossesse, de la menstruation, de la puberté, des états délirants, de l'imbécillité, l'acte incendiaire est commis par « de véritables dégénérés de l'espèce humaine, qui, par leur organisation défectueuse, sont instinctivement poussés au mal, et qui cèdent avec une facilité effrayante à l'entraînement de l'imitation ».

Casper (2) n'admet pas l'existence de cette envie incendiaire maladive « qui est le résultat de l'invention de quelques hommes de cabinet qui ne se sont basés que sur des faits superficiellement observés ». Il combat les raisons qui ont donné naissance à cette monomanie incendiaire. Il est rare que l'incendie soit commis par un enfant. Il est fréquent d'en découvrir le mobile, jalousie ou vengeance, le plus souvent.

---

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860, page 408.

(2) Casper. *Traité pratique de médecine légale*, 1862.

Digitized by Google

Marcé (1) estime que le mot de monomanie doit rester dans la science. Les monomanies impulsives sont celles qui sont constituées « par un instinct aveugle, un mouvement irrésistible, qui entraînent les malades à commettre un acte de violence, à allumer un incendie ». L'incendie est le résultat d'une impulsion irrésistible. Ces impulsifs ne sont que les dégénérés de Morel, qui a attaché à leur hérédité l'importance qu'elle méritait.

Zabé (2), dans sa Thèse, s'inspire des idées doctrinales de Morel. Il rattache l'incendie à son origine pathologique, et l'étudie dans le délire de persécution, la folie hystérique, la démence, l'imbécillité, l'idiotisme. Il s'intéresse surtout à la tendance incendiaire « considérée comme symptôme prédominant propre à caractériser un ordre particulier de faits ». Cette tendance se manifeste chez de jeunes sujets, êtres instinctifs, à lourde hérédité, au moment de la puberté.

Lasègue (3) n'admet pas la pyromanie. « Il faut bien en rabattre, dit-il, de la croyance aux passions invincibles, vertigineuses ou fiévreuses que subiraient les malades et qui commanderaient leurs actes. »

Marandon de Montyel (4), au contraire, croit à l'existence de la pyromanie, c'est-à-dire de l'impulsion irrésistible à mettre le feu. L'absence de mobile ne suffit pas à prouver la pyromanie; mais toute pyromanie existe, en dehors de tout mobile. Il insiste sur les antécédents héréditaires et personnels des pyromanes.

Magnan (5) admet le principe de Morel, quant aux dégénérescences. Il « tente de donner au groupe des dégéné-

---

(1) Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*. 1862.
(2) Zabé. Les aliénés incendiaires. *Thèse*, Paris 1867.
(3) Lasègue. *Vol aux étalages*, 1880.
(4) Marandon de Montyel. Du diagnostic médico-légal de la pyromanie par l'examen direct. *Archives de neurologie*. Janvier 1887.
(5) Magnan et Legrain, *Les dégénérés*, 1895.

Digitized by Google

rés ses limites vraies ». Le maître incontesté de l'École de l'admission schématise l'état mental des dégénérés dans l'obsession et l'impulsion auxquelles il assigne des caractères très nets. La pyromanie, ainsi que les autres impulsions, n'est qu' « un syndrome épisodique de la folie des dégénérés ». Il est très fréquent de la voir associée à d'autres impulsions.

Arnaud (1) classe les pyromanes, en tant qu'obsédés impulsifs, parmi les « sujets à prédisposition apparente, anormaux avant même l'apparition de la psychose ».

Tout récemment, enfin, s'est agitée l'importante question de mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. A une très grande majorité, le Congrès des médecins aliénistes, tenu à Pau, après avoir entendu le rapport de M. Kéraval et les communications de MM. Doutrebente, Crocq, Régis, Dupré, Vallon, Marie, Garnier, Colin, Pactet et de nous-même, a émis le vœu que la création d'un asile spécial s'imposait d'urgence.

En résumé, l'histoire des incendiaires comprend trois périodes.

La première, période symptomatique, débute avec Pinel et finit avec Legrand du Saulle. Elle s'illustre des noms de Marc et d'Esquirol.

La deuxième période, étiologique, est l'œuvre de Morel, œuvre qui persiste encore. Les idées de Morel, admises en général, le sont surtout par Magnan qui donne aux pyromanes, en tant que dégénérés, leur signification précise.

La troisième période, enfin, de date nouvelle, peut être dite thérapeutique. Elle s'attache, en effet, à traiter les incendiaires, déjà connus au point de vue clinique, ainsi que le réclament et la société et leur état.

Après avoir étudié les incendiaires dans les formes

(1) Arnaud, in *Traité de pathologie mentale*, 1905.

Digitized by Google

d'aliénation mentale où on les observe, nous conclurons, comme conséquence de ces données cliniques, sur les mesures à prendre, à notre sens, à l'égard de cette variété d'aliénés criminels.

ÉTUDE CLINIQUE DES INCENDIAIRES

Envisagés à un point de vue général, les incendiaires constituent deux catégories.

La première renferme les incendiaires dont l'état mental est normal, et la seconde ceux dont l'état mental est défectueux.

Les incendiaires de la première catégorie se divisent en deux grands groupes. Le premier groupe, le plus nombreux, est celui dont l'état mental est facilement reconnu normal. Le second groupe est celui dont l'état mental, pour être reconnu normal, doit être examiné par un médecin aliéniste, soit que l'incendiaire simule la folie, soit qu'il veuille excuser son crime par la maladie, au temps de l'action.

Les incendiaires de la seconde catégorie sont de vrais malades, des aliénés.

Dans une *Première partie*, seront rapidement étudiés les incendiaires à état mental normal.

Dans une *Seconde partie*, seront exposés les incendiaires aliénés.

PREMIÈRE PARTIE

INCENDIAIRES A ÉTAT MENTAL NORMAL

Les incendiaires, dont l'état mental est facilement reconnu normal, n'intéressant pas le médecin aliéniste, ne doivent pas nous occuper.

Tout au contraire, les incendiaires dont l'état mental, pour être reconnu normal, nécessitera une expertise

Digitized by Google

médico-légale, méritent grande attention, à cause des difficultés que l'on éprouve à estimer normal l'état mental de ces criminels.

Ces derniers simulent l'aliénation, ou essaient, encore plus volontiers, d'expliquer leur acte par la maladie.

Il est rare qu'un incendiaire simule l'aliénation. Pour échapper aux poursuites judiciaires, dont il va être l'objet, tel incendiaire imite quelque état d'aliénation, état d'agitation, de stupeur, de confusion, état délirant même, plus ou moins bien systématisé.

L'apparition soudaine de ces phénomènes, sans prodromes, survenant brusquement, à l'occasion de leur arrestation, le désaccord de leur attitude, de leur conduite, quand ils se croient observés et quand ils pensent ne plus l'être, le calme nocturne contrastant avec l'agitation diurne, par exemple, s'il s'agit d'un maniaque, permettront de reconnaître et tenir pour tels ces incendiaires simulateurs.

Plus souvent, l'incendiaire essaie d'expliquer son crime, de l'excuser par la maladie.

Trélat a publié, à ce sujet, dans les *Annales médico-psychologiques*, une observation qui mérite d'être rapportée.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans, Victorine Desportes, qui, dans l'espace de dix mois, commet cinq incendies. Après avoir énergiquement nié les faits qui lui étaient reprochés, Victorine Desportes les avoue. Mais elle tâche de les expliquer par la maladie. Elle imagine des souffrances vagues, des maux d'estomac. Elle est, dit-elle, très mal réglée. Ses règles sont très douloureuses. A leur époque, elle éprouve un grand malaise, pendant lequel elle commet ses incendies.

Or, on examine de près Victorine Despostes et l'on remarque que ses règles sont tout à fait normales.

Peu de temps après, Victorine Desportes accuse un jeune homme qui l'avait séduite de lui avoir conseillé de mettre le feu. Ce n'est pas elle qui est coupable, c'est lui.

Digitized by Google

Cette incendiaire, dans peu de temps, change trois fois de système. Elle nie d'abord jusqu'à ce qu'il ne lui soit plus possible de nier. Elle explique ensuite son crime par la maladie, et quand ce moyen est reconnu insuffisant, elle y renonce. Elle accuse enfin un complice, son amant, dit-elle, de lui avoir ordonné de mettre le feu. Elle n'a fait qu'obéir.

C'est en se basant sur les précautions et les changements d'attitude de cette incendiaire, qu'il fut possible de conclure, après un long examen, à sa responsabilité.

Voici encore une observation d'incendiaire ayant essayé d'excuser son crime par de prétendues causes pathologiques, observation qu'a bien voulu nous communiquer M le Dr Pilleyre, directeur-médecin de l'Asile de Prémontré.

Point... s'introduit un soir dans la maison d'une demoiselle Zét... chez qui il était employé comme jardinier depuis treize ans; profitant de l'absence de cette demoiselle, il reste quatre jours chez elle, s'emparant des objets de quelque valeur. Avant de partir, il incendie la maison.

Puis, il porte chez un tiers les objets volés. Les antécédents héréditaires de Point... sont bons.

Quant au sujet, il présente des symptômes très nets d'alcoolisme chronique (cauchemars, crampes, tremblements, pituites).

C'est cet alcoolisme qui est invoqué pour excuser l'incendie et le vol, alcoolisme qui, à leur moment, présenta un épisode aigu.

Après avoir pénétré, en effet, dans la maison de la demoiselle Zét..., rencontrant du champagne, du rhum et de l'eau-de-vie, Point... aima mieux en profiter sur place et immédiatement, plutôt que de les transporter, avec les autres objets volés, en d'autres lieux peut-être moins sûrs que lui-même. Ainsi, il en but tant qu'il put, entre les nombreux voyages qu'il fit hors de la maison qu'il dévalisa avant d'incendier. Point... était certainement en état d'ébriété lors de toutes ces opérations.

Cependant, il conserve un souvenir très exact de tous ses faits et gestes pendant son séjour dans la maison cambriolée, et il se souvient très bien, particulièrement, de l'endroit où il a caché le produit de son vol. Il se rappelle encore parfaitement avoir mis le feu dans les pièces qu'il a « visitées ».

Digitized by Google

Mais il n'avoue pas avoir incendié pour faire disparaître toute trace de ses vols. Il met ses vols, son incendie sur le compte de l'ivresse.

Point... ne présente aucun stigmate physique de dégénérescence. Son alcoolisme chronique n'a pas altéré ses facultés intellectuelles. L'ivresse à laquelle il s'est livré au moment de ses vols et de son incendie ne saurait être envisagée comme une excuse, surtout si l'on considère que ses vols, froidement voulus et combinés, ont été suivis de l'incendie commis dans le but évident de les cacher, et que Point... a conservé de tous ces actes un souvenir parfait, sans jamais présenter de troubles sensoriels ou délirants. En conséquence Point... doit être considéré comme entièrement responsable.

Ainsi donc, c'est par l'étude de l'acte criminel, des circonstances qui l'ont entouré et provoqué, par l'examen minutieux de la maladie, invoquée comme excuse, qu'il sera donné de conclure s'il y a lieu d'établir entre cette maladie et l'incendie un rapport tel que l'incendiaire échappe à toute responsabilité.

DEUXIÈME PARTIE

INCENDIAIRES ALIÉNÉS

Les incendiaires aliénés ne constituent pas un groupe particulier, spécial. Ils se recrutent, au contraire, dans presque toutes les formes de l'aliénation mentale.

Sur nos 33 observations personnelles, nous constatons l'incendie : 18 fois dans la débilité mentale, 7 fois dans l'alcoolisme, 3 fois dans la pyromanie, 2 fois dans le délire chronique de persécution, 1 fois dans l'hystéro-épilepsie, 1 fois dans la démence sénile, 1 fois dans l'idiotie morale.

L'incendie apparaît comme un symptôme de ces diverses maladies, et non comme une entité morbide définie. Aussi, étudierons-nous l'acte incendiaire, séparément, dans chacune de ces différentes maladies.

Digitized by Google

Mais, auparavant, il convient de remarquer que 30 de ces malades sont des hommes, 3 seulement des femmes.

Cette disproportion s'explique, en partie, par ce fait, que très souvent l'incendie est sous la dépendance plus ou moins directe de l'alcoolisme, et que l'alcoolisme est infiniment plus fréquent chez l'homme que chez la femme, dans les régions qui ont fourni nos malades.

INCENDIE DANS LA DÉBILITÉ MENTALE, DANS L'IMBÉCILLITÉ

Dix-huit de nos malades sur 33 sont des débiles, des imbéciles ; dans plus de la moitié des cas, les incendiaires se recrutent donc parmi les débiles et les imbéciles.

Tantôt, la débilité est seule en cause.

Tantôt, à la débilité se joint soit l'alcoolisme, soit l'épilepsie, soit l'alcoolisme et l'épilepsie réunis.

Les véritables délires de débiles provoquent encore l'incendie.

Enfin, certains débiles présentent des impulsions voisines des impulsions de la pyromanie.

INCENDIE DANS LA DÉBILITÉ SEULE, DANS L'IMBÉCILLITÉ

Dans la débilité seule, dans l'imbécillité, l'incendie est le résultat de causes variées.

Incapable de résister aux mauvais conseils qu'on lui donne, tel débile incendie parce qu'on l'y incite, sans songer à la gravité, aux conséquences de son acte, qu'il ne comprend pas.

Tel autre, incapable de pourvoir à ses besoins, incendie pour être interné, car, à l'Asile, il sera, au moins, à l'abri de la misère.

Tel autre fera brûler une maison parce que la vue des

Digitized by Google

flammes l'amuse, lui cause un plaisir, parfois très vif ; ce plaisir est encore accru par le bruit des cloches, des gens qui courent, tellement que pour ce débile l'incendie est une véritable fête, en certains points comparable à celle d'enfants dansant autour de feux de joie.

Mais la catégorie des débiles incendiaires la plus nombreuse est, certes, celle des débiles incendiant par vengeance.

Tout jeunes, déjà, à l'école, ces débiles, parce qu'ils sont faibles de corps autant que d'esprit, servent de jouet à leurs camarades. Ils sont un continuel objet de risées et de taquineries, incapables qu'ils sont de se défendre par quelque moyen physique ou moral. Aussi ils vivent seuls, craintifs, redoutant toujours quelque nouvelle méchanceté. Au sortir de l'école, le conflit élevé entre eux et les enfants normaux ne fait que s'aggraver, d'autant plus qu'ils se développent moins bien et les enfants normaux mieux.

Ces débiles ne trouvent pas de travail parce qu'ils travaillent mal. Ils vivent misérables, réduits à toutes les besognes, en butte aux tracasseries de camarades qui abusent de leur naïveté.

Aigris contre leurs voisins, qui leur rendent la vie pénible, qui souvent même les persécutent, ces débiles, accusant uniquement les autres de leur état, de leur situation, et non eux-mêmes, poussés par l'instinct de conservation, ces débiles se vengent en incendiant les biens de ceux qu'ils détestent. L'incendie est, en effet, un moyen de vengeance facile, peu dangereux, dont il est difficile de découvrir l'auteur.

Tantôt ces incendiaires ont de sérieuses raisons pour se venger ; tantôt, au contraire, c'est pour le plus futile motif qu'ils commettent leur crime, et ce dernier cas est, de beaucoup, le plus fréquent.

D'un sens moral insuffisant, ils obéissent à leur idée

Digitized by Google

de vengeance, sitôt qu'ils trouvent une occasion favorable, incapables de résister un instant à leur impulsion. Ils n'ont de leur acte aucun repentir et certains d'entre eux commettent ainsi, au préjudice, soit du même individu, soit d'individus différents, un grand nombre d'incendies.

L'incendie n'est pas le seul crime de certains débiles. Il en est qui se rendent, souvent encore, coupables de viols, d'homicides, de vols à main armée, de délits nombreux.

Ces débiles incendiaires, se révélant criminels à la suite d'autres actes que l'incendie, doivent être distingués des simples débiles incendiaires. Il existe chez eux une prédisposition, une tendance criminelle qui se manifestent, comme une réaction inhérente à leur état mental, par des actes tels et si nombreux que ces aliénés incendiaires deviennent des aliénés criminels très dangereux.

Observation I. — *Débilité mentale. Incendie conseillé.*

N... H..., trente-cinq ans, valet de ferme.

Antécédents héréditaires. — Père buveur d'eau-de-vie.

Antécédents personnels. — Tout jeune, N... était très violent. A l'école, il était impossible de l'élever, de lui apprendre à lire ou à écrire. Il ne se plaisait qu'à vagabonder. Sorti de l'école, il gagne péniblement sa vie, en se plaçant comme valet de ferme. Il est renvoyé pour paresse. Il se met alors à courir les grands chemins. Il rencontre un jour un « trimardeur » avec qui il lie connaissance. Ce dernier lui conseille de mettre le feu à une meule de paille. Sans réfléchir à l'acte qu'il commet, N... incendie cette meule. Il avait alors vingt-sept ans.

Il est amené à l'asile de Prémontré. Là, il se montre tranquille; il sort au bout de six mois.

Il recommence à courir les grands chemins, vivant d'aumônes et de vols. Bientôt, il incendie une nouvelle meule, pour retourner à l'asile où il se trouvait bien. Il est, en effet, ramené à l'asile de Prémontré.

N... H... présente de nombreux stigmates de dégénéres-

Digitized by Google

cence physique. Il est petit, malingre; la voûte palatine est ogivale, les oreilles sont mal ourlées. Il est sans aucune instruction. Il a un sens moral insuffisant. Mettre le feu, pour lui, ce n'est pas une mauvaise action. La première fois, il a incendié parce que son compagnon de route le lui a conseillé; la deuxième fois, il a fait brûler une meule de paille pour revenir à l'asile où il se trouvait mieux que dehors.

N... est un débile, incapable de gagner sa vie, dangereux à cause de son extrême débilité et de la facilité avec laquelle il suit les pires conseils.

Observation II. — *Débilité mentale.*
Incendie dans le but d'emprisonnement ou internement.

L..., trente-sept ans, manouvrier.

Antécédents héréditaires. — Père buveur.

Antécédents personnels. — A l'école, il apprend très mal. A quinze ans, il commence à travailler à la journée. Il fait des excès de boisson, prenant en moyenne trois à quatre petits verres d'eau-de-vie par jour. A vingt-cinq ans, renvoyé de partout, il se trouve sans ressources. Ses parents ne veulent pas le recevoir. Il incendie une meule de paille, pour être emprisonné. Il fait trois mois de prévention, puis il est conduit à l'asile de Prémontré, où il reste un an.

Sorti de l'asile, il retourne chez ses parents. Il travaille à la journée. Mais ce sont des disputes continuelles avec sa sœur qui lui « fait de la misère » et qui « ne le change de chemise que tous les quinze jours ». Comme il ne pouvait supporter un tel genre de vie, il se dit : « Il faut que je fasse un sale coup, pour me faire mettre dedans. » Il a alors l'idée d'incendier. Deux jours après, il met le feu à une meule de paille. Il est de nouveau conduit à l'asile de Prémontré.

L..., qui n'a aucune instruction, possède un sens moral tout à fait insuffisant. Il estime qu'en incendiant deux meules il n'a pas mal fait, puisque cela l'a conduit à l'asile où il se plaît.

Il est porteur de nombreux signes de dégénérescence physique (voûte palatine ogivale, oreilles mal ourlées, asymétrie faciale).

Les incendies, commis par L..., alcoolique chronique, ne relèvent pas de l'alcoolisme. Ils n'ont jamais été le résultat d'une ingestion massive d'alcool, d'une intoxication aiguë. Quant

Digitized by Google

à l'éthylisme chronique, il semble bien qu'il n'ait joué aucun rôle. L'acte incendiaire dépend, tout entier, de la débilité du sujet, qui voulait, en le commettant, se faire interner.

Observation III. — *Débilité. Incendie par vengeance. Homicide.*

B..., vingt-quatre ans, manouvrier.

Antécédents héréditaires. — Pas de renseignements.

Antécédents personnels. — A l'école, il apprend assez bien à lire et à écrire. Il était violent et coléreux.

A dix-huit ans, il était employé dans une fabrique. S'étant disputé avec son contre-maître, il fut remercié. Le lendemain, s'étant présenté pour qu'on lui donnât du travail, on ne l'accepte pas. Le soir même, il projette de se venger, de mettre le feu à la fabrique. Sans réflexion aucune, il incendie la fabrique.

Amené à Prémontré, il y reste deux ans.

Il sort à vingt ans. Il travaille quelque temps, gagnant péniblement sa vie.

Un soir, il a l'idée de mettre le feu à une meule de paille, sans motifs avoués. Aussitôt pensé, aussitôt fait. Il ne se donne pas la peine de réfléchir aux conséquences de ses actes. Il est ramené à l'asile de Prémontré : il y reste un an et demi. De nouveau libre, il mène une vie de voleur et de vagabond. Il s'associe à une bande d'apaches. Il boit beaucoup d'absinthe. Un soir, il s'introduit dans la chambre d'une de ses voisines, une jeune fille de dix-huit ans, et lui donne plusieurs coups de couteau.

Il a été impossible de savoir pourquoi B... a commis cette tentative de meurtre. En tout cas, il n'en éprouve aucun remords, pas plus que des deux incendies.

B... présente de nombreux stigmates physiques de dégénérescence (asymétrie faciale, strabisme, voûte palatine ogivale, hypospadias).

Il ne doit pas être rangé avec les vrais pyromanes, car il n'a jamais eu d'obsessions, d'impulsions caractéristiques de la pyromanie.

Digitized by Google

Observation IV. — *Imbécillité. Incendie par vengeance. Viol.*

C... L..., quarante et un ans, manouvrier.

Antécédents héréditaires. — Père buveur.

Antécédents personnels. — A l'école, il ne peut rien apprendre. Il ne sait ni lire, ni écrire. Tout jeune, il fait des excès de boisson. Le dimanche, il buvait beaucoup. La tête lui « tournait » sitôt qu'il buvait un peu. Il ne pouvait supporter l'alcool. Il n'avait aucune affection pour ses parents qu'il frappait. Il était très coléreux, très violent.

A l'âge de trente-cinq ans, il attire de jeunes enfants qu'il essaie de violer.

A quarante ans, il incendie une meule de foin dont il détestait le propriétaire. Ce dernier, en effet, l'avait insulté et menacé d'un bâton. C'est dans un but de vengeauce qu'il a commis son incendie. Il n'en éprouve aucun remords. Il n'a du reste aucune notion du bien et du mal.

Il présente des signes de dégénérescence physique, tels que oreilles mal ourlées, voûte palatine ogivale.

Il n'a pas présenté d'obsession, d'impulsion pyromaniaque.

Observation V. — *Débilité. Incendie comme mode d'amusement. Notion du bien et du mal presque nulle. Viol.*

B..., trente et un ans.

Il apprend très mal à l'école. A quatorze ans on le place à l'asile de Prémontré. C'est un arriéré, incomplètement développé tant au point de vue physique que psychique.

A seize ans, il sort de l'asile. Il travaille qnelque temps. Mais bientôt, violent, coléreux, querelleur, il mène une vie misérable. A dix-sept ans, il fait une tentative de viol. Une autre fois, il rencontre une femme qui doit lui donner 5 francs si elle ne veut pas être tuée. La femme lui donne 2 francs, aussi ne fait-il que l'assommer.

Il rentre à l'asile de Prémontré. Là, il se conduit relativement bien. Travaillant à la ferme, l'idée le prend, pour s'amuser, de mettre le feu aux ruches d'abeilles. Il le fait aussitôt.

Cette année, ce malade s'est évadé.

Digitized by Google

OBSERVATION VI. — *Débilité mentale. Incendie comme mode d'amusement.*

T... Ch..., dix-neuf ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père buveur. Tante maternelle aliénée. A l'école il apprend à lire et à écrire. Mais il est incapable d'attention. Les conceptions abstraites n'existent pas. Il se développe mal physiquement. Il reste chétif. Sa voûte palatine est ogivale, ses oreilles sont mal ourlées.

A quatorze ans, sans raison, dans l'espace de quelques mois, il incendie une meule de paille, une toiture de chaume, une grange, une maison. Il commet son dernier incendie un jour de mardi-gras. Le village était en fête; il veut, lui aussi, s'amuser.

T... présente un délire de persécution à base d'interprétations erronées depuis qu'il est à l'asile. Il accuse les « Injustes » qui l'ont amené ici et qui sont les coupables de tout. On lui fait « mille misères ». Son délire est très pauvre. Il ne parvient pas à désigner ses ennemis, à préciser les moyens qu'ils emploient pour le persécuter. Il a des hallucinations auditives élémentaires. Il entend des bruits de cloche. Ce sont les cloches de son village qui sonnent au feu. Quand il les entend mal, pour mieux communiquer avec elles, il se bouche les oreilles.

(*A suivre.*)

Digitized by Google

CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES

SUR

LE MUTISME ET LA SITIOPHOBIE

DES DÉMENTS PRÉCOCES

Par le Dr GABRIEL DROMARD

Interne des asiles de la Seine.

Parmi les aliénés qui refusent de s'alimenter et conservent un silence obstiné pendant des mois, voire même des années, un très grand nombre appartiennent aux différents types cliniques qu'on s'est efforcé de grouper sous la rubrique de la *démence précoce*. Pour quiconque a observé des hébéphréniques, des paranoïques et surtout des catatoniques, la fréquence de la sitiophobie et du mutisme chez de pareils malades est bien évidente, et c'est à juste titre que les ouvrages en font pour la plupart une large mention.

Toutefois, les auteurs qui signalent ces manifestations chez le dément précoce les rangent le plus souvent sous une étiquette commune, sans s'inquiéter d'une complexité d'origine qui n'est peut-être pas sans intérêt au point de vue du diagnostic et surtout du pronostic de la maladie. Deny et Roy, dans une monographie bien connue, considèrent le mutisme comme une manifestation du négativisme : « ... Si on interroge « ce catatonique, il ne répond rien, non parce qu'il ne « saisit pas le sens des questions, mais parce qu'il ne « veut pas parler et se renferme volontairement dans

Digitized by Google

« un mutisme obstiné (1). » Masselon, dans son excellent ouvrage sur la démence précoce, rattache plutôt le symptôme qui nous occupe à la confusion, et il en fait une conséquence de l'état d'engourdissement cérébral : « ... Si le catatonique ne parle pas, c'est parce qu'il n'a « aucune idée, aucune image consciente, et non parce « qu'il ne veut pas parler (2). »

En réalité notre système nerveux n'a à sa disposition qu'un petit nombre de modes réactionnels pour exprimer des modifications complexes, si bien qu'un même phénomène clinique peut se rattacher à des sources pathogéniques multiples et parfois même opposées. S'il est vrai que rien ne prévaut contre les faits, il faut reconnaître que l'absence de toute interprétation a pour résultat de faire grouper suivant des apparences grossières et sous une même dénomination des phénomènes de valeurs différentes. C'est en nous pénétrant de ce principe que nous avons cherché la raison psychologique de la sitiophobie et du mutisme, chez un certain nombre de déments précoces appartenant au service de M. le Dr Sérieux.

Pour ce faire, deux procédés pouvaient être exploités, l'un direct, l'autre indirect. La méthode directe consistait à interroger les malades sur les motifs de leurs réactions, en profitant d'une période de rémission et en opérant d'une façon rétrospective. Mais on doit reconnaître que ces sortes de recherches sont entourées d'obscurité ; car pour obtenir d'un malade une réponse de valeur, il faudrait que ce dernier fût en pleine possession de ses facultés, ce qui est une pétition de principe. Et puis en admettant qu'on puisse mettre à profit une période de lucidité relative, il est encore téméraire de considérer

(1) Deny et Roy. *La démence précoce*, p. 28.
(2) Masselon. *La démence précoce*, p. 38.

Digitized by Google

comme rigoureusement valables les réponses du sujet ; car ce dernier peut trouver dans l'état d'esprit du moment des explications fortuites, qui ne sont nullement applicables à l'époque où vivaient les troubles dont on voudrait sonder le mécanisme. La méthode indirecte, par contre, nous a fidèlement servi. Elle consistait à comparer le phénomène en lui-même avec son cadre clinique, en tenant compte de son mode d'apparition et en considérant l'ensemble des symptômes qui lui font escorte.

L'examen de quelques malades va nous montrer combien est variable le substratum psychologique de la sitiophobie et du mutisme chez le dément précoce, et combien il serait abusif de placer ces phénomènes sous une seule rubrique, celle du négativisme par exemple.

A. — Les déments précoces, les paranoïques surtout, peuvent présenter de l'*activité délirante* au début de leur affection, et leurs réactions sont comparables à celles qu'on rencontre dans les différents états qui s'accompagnent de délire interprétatif ou hallucinatoire. C'est ainsi que le mutisme et la sitiophobie peuvent avoir un substratum idéo-affectif chez tel malade qui garde le silence pour expier les fautes imaginaires dont il se croit coupable, chez tel autre qui craint de compromettre sa situation en parlant, chez tel autre encore qui tient sa langue serrée entre ses dents parce qu'il est en proie à des hallucinations psycho-motrices, etc... Dans tous ces cas, l'attitude du silence et le refus des aliments ont leur raison d'être *consciente et volontaire* : ils sont en rapport avec une idée de défense, d'expiation, etc... Leur mécanisme n'est pas différent de celui qu'on peut invoquer chez certains mélancoliques ou chez les persécutés chroniques, par exemple, et nous jugeons inutile de souligner ce mécanisme par l'observation d'un malade.

Digitized by Google

B. — Les réactions des déments précoces ne sont pas toujours guidées par une activité consciente. A mesure que l'affaiblissement intellectuel s'accentue, elles prennent un caractère de plus en plus routinier, en se répétant, en se perpétuant, sans que le malade puisse en fournir la raison. On les rattache alors à cette modalité d'automatisme secondaire qu'on nomme la *stéréotypie*. Certains cas de mutisme et de sitiophobie doivent entrer dans ce cadre, ainsi que le prouve l'observation suivante.

Obs. I. — *Démence paranoïde.*

M. M..., officier de marine, aujourd'hui âgé de quarante-neuf ans, n'offre rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Il a fait d'excellentes études et n'a souffert d'aucune maladie grave antérieurement.

Son affection débute en 1892 par un certain nombre d'actes bizarres ou incohérents. A ce désordre des actes viennent s'adjoindre assez rapidement quelques idées puériles de persécution avec crainte d'empoisonnement. Il est interné à Marseille, puis au bout d'un an transféré à Vanves. Pendant son séjour dans ces deux asiles, son attitude reste méfiante, ses réticences sont de plus en plus fréquentes, et il refuse les aliments par intervalles. Il ne veut donner aucun détail sur son passé. Il reconnaît qu'à un moment donné il n'a pas été maître de ses facultés; mais quand on le presse de dire sous quelle influence, il répond : « Je ne peux pas... allez le demander à Marseille. » Il se livre à plusieurs actes de violence et à des tentatives d'évasion. Il est transféré en novembre 1893 à Ville-Evrard. Là, son état reste stationnaire jusqu'en 1896. A cette époque, il présente une amélioration passagère, quitte l'établissement, puis rentre au bout de quelques mois avec ses mêmes idées de persécution et d'empoisonnement. Alors, son activité mentale semble déchoir de jour en jour. Son inaction devient rapidement complète, son immobilité à peu près persistante avec refus d'aliments et mutisme.

Aujourd'hui, le malade demeure constamment assis par terre ou sur une chaise. Ils se lève automatiquement et d'un mouvement stéréotypé au moment de la visite, et prend alors la

Digitized by Google

position réglementaire du soldat. Il n'entretient aucun commerce avec ses voisins, ne lit jamais, n'écrit jamais, et ne parle pas davantage. Au moment des repas, *il se laisse conduire sans résistance et reste parfaitement docile tandis qu'on le gave*; mais il prononce toujours, au moment même où l'on introduit la sonde, l'unique phrase de son répertoire : « *Je vous défends de me nourrir.* » Il gagne spontanément sa chambre, s'habille et se déshabille lui-même à l'heure du coucher. Le mutisme absolu dans lequel il persiste habituellement rend tout interrogatoire impossible. L'état somatique est satisfaisant.

Comment interpréter le mécanisme de la sitiophobie et du mutisme chez un pareil sujet? Nous ne pouvons pas en chercher l'origine dans un *état stuporeux*; le malade ne présente aucun symptôme de stupeur. Il obéit parfaitement aux sollicitations extérieures et se détermine même d'une façon spontanée et sans aucune hésitation, en ce qui concerne les actes courants de la vie. Peut-on demander au *négativisme* une explication plus satisfaisante? Nous ne le croyons pas. Chaque fois qu'on l'alimente, il est vrai, le malade paraît opposer un refus en prononçant son inévitable phrase : « Je vous défends de me nourrir. » Mais ne nous y trompons pas. L'opposition n'est qu'apparente, car le sujet vient se livrer pour ainsi dire de lui-même à la sonde, ne fait aucune résistance et accepte l'opération avec une passivité vraiment remarquable. Une troisième hypothèse se pose, et l'on peut se demander si le refus de nourriture et le mutisme ne sont pas ici sous la dépendance d'*idées délirantes actives*. Cette conception mérite d'autant mieux d'être prise en considération que le malade est sorti brusquement de son mutisme l'an dernier, pendant un laps de temps très court et au grand étonnement de l'entourage. Mais cette étape transitoire n'implique nullement l'existence d'un délire constamment actif et silencieusement contenu depuis plusieurs années; elle nous paraît appartenir plutôt à ces périodes

Digitized by Google

d'activité passagère qu'on signale fréquemment chez le dément précoce. Si le refus de nourriture et le mutisme étaient pleinement conscients, voulus, et adaptés à une idée directrice chez notre malade, nous demandons pourquoi le sujet se comporterait au rebours de cette idée en se soumettant avec docilité à l'opération du gavage. Au reste, dans la phrase qui se répète toujours identique, nous trouvons la même contradiction : le ton qui l'accompagne n'a rien d'impératif et reste en désaccord complet avec l'idée qui semblerait y être enfermée tout d'abord.

Il nous paraît donc beaucoup plus rationnel d'admettre que le refus d'aliments et le mutisme ainsi que la phrase en question furent primitivement déterminés par une idée délirante, mais se poursuivent aujourd'hui d'une façon tout automatique et sans que cette idée délirante préside en aucune façon à leur mécanisme actuel. A une époque, notre malade refusait d'une manière active les aliments qu'on lui présentait, et, par défiance, il ne répondait pas aux questions posées. Puis, à la longue, les idées délirantes sont devenues plus vagues et ont fini par s'éteindre, si bien qu'aujourd'hui il ne reste plus de ce délire qu'une phrase stéréotypée : « Je vous défends de me nourrir. » Toutefois le malade avait pris l'habitude de ne plus manger spontanément et de ne plus faire entendre le son de sa voix, et cette habitude il l'a conservée ; mais en l'observant journellement, nous constatons qu'il se laisse conduire sans aucune résistance dans la chambre de gavage, nous le voyons s'y asseoir lui-même sur une chaise et consentir à l'alimentation par la sonde avec une parfaite docilité, après avoir prononcé sa phrase stéréotypée qu'il articule d'une façon aussi indifférente que monotone. Cette phrase témoigne d'une origine intentionnelle, consciente et volontaire dans le passé ; mais l'obéissance tout

Digitized by Google

automatique avec laquelle le malade se soumet, et qui contraste singulièrement avec le caractère impérieux de la formule, prouve surabondamment que cette intention, cette conscience, cette volonté n'existent plus dans le présent. La phrase n'a plus de contenu : elle n'est que l'enveloppe survivante d'une idée disparue. Quant au refus de nourriture et au mutisme, ce sont désormais de véritables *stéréotypies* portant sur les fonctions de mastication et de phonation. Cette manière de voir est la seule qui soit susceptible de nous expliquer les contradictions apparentes que nous signalons plus haut.

Nous avons alimenté pendant longtemps, dans un service voisin du nôtre, un malade qui pourrait donner lieu à des considérations analogues. Celui-là ne manifestait aucune idée délirante ; il s'occupait activement dans le courant de la journée et on l'employait couramment à divers travaux auxquels il vaquait avec une docilité tout automatique. Quand arrivait l'heure de l'alimentation et dès qu'il apercevait le médecin, il courait au plus vite chercher sa serviette, se découvrait, s'étendait sur le lit et se présentait de lui-même à la sonde. Ni le *délire actif,* ni la *stupeur* ni le *négativisme* ne peuvent justifier un pareil ensemble et, là encore, le refus d'aliments et le mutisme relèvent d'une attitude *stéréotypée* de l'esprit.

C. — Il est des cas où la sitiophobie et le mutisme du dément précoce relèvent d'une opposition active, sans que cette opposition toutefois soit justifiée par une intentionnalité élaborée devant la conscience et analysée par le jugement.

Nous ne pouvons entrer dans une étude détaillée du *négativisme,* car cette étude dépasse les limites restreintes du sujet qui nous intéresse ; mais nous croyons devoir observer qu'il ne serait peut-être pas inutile d'appliquer à certains faits d'opposition systématique une étiquette

Digitized by Google

un peu différente : celle de « nolitionisme ». Le *négativisme* servirait ainsi à désigner une opposition, non seulement irraisonnée mais involontaire et inconsciente, un phénomène conditionné par une absence complète d'activité mentale supérieure laissant libre cours à l'automatisme ; le *nolitionisme* désignerait au contraire le fruit d'une activité mentale simplement déviée et en quelque sorte polarisée dans un sens déterminé. Dans le premier cas il s'agirait d'une véritable manifestation réflexe ; dans le second, on serait en présence d'une tendance fixe, d'une orientation irraisonnée de l'esprit. Cette tendance à la contradiction fait partie intégrante de la mentalité de l'enfant ; elle est une manifestation de cette psychologie faiblement et incomplètement systématisée qu'est celle du « puérilisme ». Il ne faut voir ni ambiguïté ni subtilité dans cette séparation de phénomènes généralement groupés sous une même rubrique : elle paraîtra légitime pour peu qu'on cherche à analyser les réactions tangibles de certains malades, et elle est du plus haut intérêt psychologique, puisque, révélant dans un cas une simple orientation des habitudes mentales, l'opposition témoigne dans l'autre cas d'une déchéance complète de l'activité, laquelle se trouve reléguée, temporairement du moins, dans le domaine de l'automatisme. Les deux observations suivantes marqueront la distinction que nous voulons établir.

Obs. II. — *Démence catatonique.*

Mlle B..., pianiste, aujourd'hui âgée de vingt-six ans, n'offre rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle a joui jusqu'ici d'une intelligence très normale. On signale toutefois chez elle des terreurs nocturnes et des tics faciaux dans l'enfance.

Son affection débute en 1895 par une période de tristesse. La malade devient apathique et indifférente à tout ce qui

Digitized by Google

l'intéressait naguère. Elle se plaint de souffrir de la tête et de ne pouvoir fixer son attention. Elle présente de l'œdème des jambes à la même époque, et les règles ne paraissent que deux fois dans l'espace de dix-huit mois. En avril 1900, ces symptômes font place brusquement à des accidents aigus. La malade traverse une phase de loquacité et d'expansion, au cours de laquelle apparaissent de véritables impulsions. Elle devient agressive, cherche à fuir. En juillet, elle est internée à Villejuif où elle demeure dans un état de confusion hallucinatoire, puis elle est transférée en septembre 1900 à Ville-Evrard.

A l'entrée, la malade frappe d'emblée par la bizarrerie de ses attitudes. Elle reste immobile, une main ou une jambe en l'air, conserve un doigt enfoncé dans sa bouche, son nez ou son oreille.

Elle garde les yeux fermés ou n'en ouvre qu'un. Elle marche à quatre pattes ou en rampant. Tantôt elle demeure dans les attitudes qu'on lui donne, tantôt elle oppose une résistance aveugle à tous les mouvements qu'on lui imprime. Elle présente même parfois d'une manière simultanée, suivant les régions sur lesquelles on opère, de la *flexibilité cireuse* et du *négativisme*. Quand on cherche à l'alimenter, le contact de la cuiller qu'on lui présente détermine immédiatement la contraction des mâchoires, comme s'il s'agissait d'un réflexe; mais dans le courant de la journée, il arrive que la malade dérobe aux voisines des friandises qu'elle avale gloutonnement. Quand on l'interroge, elle conserve le silence le plus absolu, mais spontanément elle prononce de temps en temps quelques paroles dénuées de sens. Elle effectue des *fugues automatiques* presque journalières. Ultérieurement, ces différents symptômes s'atténuent. Ces attitudes catatoniques disparaissent. Le sujet ne fait plus de résistance, s'alimente, mais ne parle que rarement, rit fréquemment sans motif, conserve ses tendances impulsives et manifeste encore des traces de *négativisme*.

Aujourd'hui, cette malade mène une existence tranquille, mais végétative. Dans le courant de la journée, elle joue machinalement du piano, fait du crochet, regarde des images. La plupart de ses actes ont un caractère automatique et se succèdent sans aucune liaison. Ce sont des impulsions brusques ou bien des répétitions de ce qu'elle voit faire à d'autres malades. C'est ainsi qu'elle tend la main, à chaque visite, d'un mouvement rapide et machinal; les signes *catatoniques* se sont atténués, mais les mouvements sont encore empreints d'une certaine

Digitized by Google

raideur. La malade ne présente plus d'attitudes bizarres, mais elle marche encore en sautillant sur la pointe des pieds. Elle ne présente plus de flexibilité cireuse, mais elle conserve encore par docilité les poses qu'on lui fait prendre. Elle n'exprime jamais un désir en dehors de ceux que comportent la vie végétative. Sa famille lui est *indifférente* et, bien qu'elle ait fait plusieurs tentatives de fuite, ces tentatives ont toujours eu un caractère automatique et n'ont jamais impliqué un désir actif de sortir. L'examen des facultés dénote un *affaiblissement intellectuel* assez avancé. La malade sait le nom de quelques personnes de son entourage, mais ne paraît pas fixée sur la qualité des lieux et la marche du temps. Elle n'est capable d'aucun effort d'*attention*. Elle ne répond généralement pas aux questions qu'on lui pose ; mais cette absence de réponse n'a rien de systématique. Son origine est différente de ce qu'elle était au début : il s'agit de troubles idéatifs ; le sujet n'assimile qu'imparfaitement la question et ne trouve pas de réplique. Si on demande à la malade d'écrire une phrase sous dictée, on la voit hésiter, puis prendre le porte-plume pour le laisser errer au hasard sur le papier. Alors son front se plisse et il semble qu'elle réunisse ses forces pour agir, mais elle reste constamment incapable de mener l'acte à bonne fin. Le jeu de ses *associations* est à peu près impossible à explorer par suite de cette incapacité absolue de tout effort ; les *souvenirs* paraissent absents dès que leur évocation nécessite un rapprochement, une réflexion ; seuls subsistent les souvenirs à évocation automatique, quand le lien qui unit la réponse à la demande est fixé de longue date, d'une façon indissoluble en quelque sorte : additions ou multiplications d'un chiffre par exemple. Ces différents troubles se ramènent en somme à une incapacité complète de *synthèse mentale*.

Les réflexes patellaires et du poignet sont un peu exagérés. Les pupilles sont égales, régulières ; elles réagissent médiocrement. L'état général est bon.

Obs. III. — *Démence hébéphrénique.*

Mlle R..., institutrice, aujourd'hui âgée de vingt-neuf ans, est fille d'un père atteint de délire de persécution et en traitement dans une maison de santé. Intelligente et travailleuse, elle a obtenu son brevet supérieur. En dépit d'un caractère un

Digitized by Google

peu sombre, elle n'a jamais présenté jusqu'ici rien d'anormal au point de vue mental.

Son affection débute en 1902. Contrairement à ses habitudes, la malade reste inactive ou bien elle détruit et recommence maintes fois tout ce qu'elle fait. Des tendances mélancoliques apparaissent, et elle est prise, sur ces entrefaites, d'une fluxion de poitrine. Celle-ci paraissait en voie de guérison et la fièvre était tombée quand survient un délire hallucinatoire violent. La malade se débat en criant : « Voilà l'enfer ! C'est la damnation éternelle ! Je suis perdue ! » Toutefois, les phénomènes aigus s'apaisent, mais la malade reste triste ; elle a des insomnies, elle poursuit des idées mystiques, croit voir le diable pendant la nuit, entre en communication avec des invisibles dont elle entend la voix, et leur prête la responsabilité de ses pensées et de ses actes. Aux idées mystiques se joignent de vagues idées de persécution : elle est entourée de mauvais esprits qu'elle cherche à détourner par des gestes symboliques, puis elle verse dans un délire de négation, assurant que sa famille n'existe plus, et qu'elle-même n'est plus qu'une ombre. Toutefois, elle conserve en dehors de ses idées délirantes une certaine direction dans les actes courants de la vie. Elle doute souvent de son délire, et se plaint fréquemment de ce que « son pauvre esprit s'en va ». Elle s'en affecte beaucoup et répète avec effroi que « la folie la guette ». Sur ces entrefaites, elle est prise de crises hystériformes et conduite à la Salpêtrière. Là, elle ne veut plus parler qu'à voix basse et souvent indistincte ; elle reste muette par intervalles. Elle est transférée en mai 1903 à Ville-Evrard.

A l'entrée, la malade ne paraît plus sous le coup d'un délire actif. Interrogée sur ses conceptions antérieures, elle ne fournit que des réponses clairsemées, monosyllabiques, le plus souvent incohérentes, sans nul souci d'une adaptation précise aux questions posées, et sans aucune apparence de conviction d'ailleurs. Très souvent, elle répond : « Je ne sais pas. » On pourrait croire qu'elle est réticente et dissimule un délire. En réalité, il n'en est rien. Il est manifeste que cette réponse est appelée par une sorte d'indifférence affectée de la part du sujet, ou par l'impression désagréable que lui cause le moindre effort d'adaptation. Le double caractère d'*indifférence* et d'*obstination* apparaît également quand on cherche à explorer l'état des facultés générales. La malade paraît avoir conservé une conscience exacte du temps et des lieux. Elle répond correctement aux premières questions

Digitized by Google

qui lui sont adressées; puis, au bout d'un instant, elle répond : « Je ne sais pas », et elle finit par ne plus répondre du tout lorsqu'on prolonge l'interrogatoire. Cette absence de réponse n'a d'ailleurs aucun caractère électif; elle s'applique indifféremment à toutes sortes de questions. L'*attention* ne se laisse pas distraire par les objets extérieurs, mais ne se laisse pas guider davantage par les efforts de l'interlocuteur. Le jeu des *associations* est à peu près impossible à explorer pour la raison qui précède. Les *souvenirs* paraissent assez bien conservés. La malade se rappelle qu'elle a été reçue à seize ans à son brevet; elle donne une date précise relativement à son entrée en fonctions comme institutrice; mais elle refuse de répondre quand nous poursuivons les questions :

« Où êtes-vous? — Dans une maisons de fous.
« N'êtes-vous pas étonnée d'être ici? — Non.
« Vous est-il indifférent d'y rester? — Cela m'est égal.
« Voulez-vous en sortir? — Si vous voulez.
« Avez-vous quelque chose à demander? — Je ne sais pas.
« Voulez-vous voir vos parents? — Je ne sais pas.
« Les aimez-vous? — Je ne sais pas.
« Quel âge avez-vous actuellement? — (Pas de réponse.)
« Quelle est la date de votre naissance? — (Pas de réponse.)
« De quel pays êtes-vous? — (Pas de réponse.) »

La malade présente d'ailleurs au point de vue moteur une *opposition* assez manifeste dans les actes. On lui montre un objet en la priant de le prendre dans sa main : elle refuse obstinément sans pouvoir donner une explication de ce refus. Pendant le cours de l'interrogatoire, elle ne cesse de se frotter les yeux, le nez et la bouche. A certains moments, ce geste *stéréotypé* s'exagère, et la malade se cire la figure avec son poing fermé. Par instant, au lieu de répondre aux questions, elle chantonne ou marmotte quelques paroles incompréhensibles. A plusieurs reprises, elle regarde le sol et compte les raies du parquet.

En juin, la malade ne s'est pas sensiblement modifiée. Elle écrit chaque jour ses impressions, mais refuse de les transmettre, et il faut user de ruse pour en prendre connaissance. On trouve dans ses écrits journaliers des signes hiéroglyphiques, des incohérences et surtout des phrases *stéréotypées*. A l'examen, même attitude d'indifférence et d'opposition systématiques. La malade refuse catégoriquement de répondre, ou répond uniformément : « Je ne sais pas. » Elle chantonne différents airs

Digitized by Google

connus pendant qu'on l'interroge; parfois, elle s'interrompt pour compter à plusieurs reprises de un à dix ou pour répéter plusieurs fois le même chiffre.

En juillet, la malade est de plus en plus oisive. Elle a cessé d'écrire et ne s'occupe à aucun travail manuel. Son existence est végétative : elle devient indifférente aux visites de sa mère et ne demande jamais sa sortie. Son tic de grattage a disparu, mais un tic de sputation le remplace. La malade crache partout, sur le sol, dans sa main, dans son mouchoir, dans sa robe. On doit, pendant un temps, la faire escorter d'un linge de propreté et d'un récipient destiné au même usage.

En octobre, la malade, toujours oisive et indifférente, n'a plus la même tendance à l'opposition continue. Elle répond aux questions, et cette expansion relative montre que ses souvenirs sont encore très nombreux; ils manquent pourtant de précision lorsqu'on l'interroge sur les matières scientifiques étudiées antérieurement, et, à cet égard, la malade se contente de répondre avec indifférence : « Tout cela est bien loin. » Mais ses réponses sont remarquablement empreintes de *maniérisme*. Elle répond tantôt en chantant, tantôt en zézéyant, tantôt en affectant un langage enfantin ou en prenant à plaisir une physionomie niaise qu'elle se compose de mille façons. Spontanément, il lui arrive de faire quelques observations piquantes; mais le plus souvent elle se cantonne dans un certain nombre de phrases qu'elle prononce à tout propos : « Ah, le joli garçon! Ah, la jolie dame! » Elle répond maintenant quand on l'interroge : « Oui, mon bon monsieur. » Sa démarche et son habitus ont le même caractère stéréotypé : elle avance toujours en se dandinant les bras croisés; elle se tient assise les coudes sur les genoux, en se balançant d'une façon continue. Les tics du visage se multiplient.

En novembre, la malade ne fait plus aucune opposition, mais son activité est de plus en plus stéréotypée et maniérée. Les grimaces du visage ne se comptent plus : grimace d'éblouissement, de dégoût, de béatitude, etc... L'indifférence est complète. La malade, de plus en plus malpropre, crache dans les potiches, urine dans la bouche du calorifère, etc...

En décembre, toujours même quiétude et même vie végétative. La malade parle volontiers, mais avec le même jeu toujours empreint de bizarrerie.

En résumé, l'état est dominé maintenant par un *affaiblissement intellectuel* relatif avec une *indifférence affective* absolue

Digitized by Google

et une activité motrice remarquable par sa *stéréotypie* et son *maniérisme*.

On note une légère hyperesthésie généralisée. Les réflexes rotuliens et du poignet sont plutôt faibles. Les pupilles égales réagissent mal à la lumière. Les paupières sont remarquablement pigmentées. La malade se nourrit bien : son état général est satisfaisant.

Les malades des deux observations précédentes ont, au début de leur évolution, fait preuve d'un mutisme plus ou moins prolongé en vertu d'une tendance évidente à l'*opposition*, mais il semble que cette opposition ne relève pas rigoureusement du même mécanisme dans les deux cas.

Chez la malade de l'observation II, le mutisme répondit pendant quelque temps à toute sollicitation d'une manière absolue et en quelque sorte incoercible ; le refus des aliments se présente comme une réaction automatique, comme un phénomène réflexe provoqué par toute tentative d'alimentation forcée, sans que le psychisme supérieur participât en aucune façon à ce refus. Au reste, les phénomènes en question s'accompagnèrent chez elle d'autres troubles psycho-moteurs, tels que raideur catatonique, flexibilité cireuse, négativisme musculaire, etc.

Chez la malade de l'observation III, le mutisme, également transitoire, ne fut pas absolu ; il fut relatif, et les « je ne sais pas » qui s'y substituèrent fréquemment impliquent une direction, une intentionnalité dans le refus, intentionnalité arbitraire il est vrai, puisque ce refus n'est sustenté par aucun délire actuel, puisqu'il n'a rien d'électif et qu'il s'applique sans préférence à toute question posée dès que l'interrogatoire se prolonge. Ici l'*opposition* semble avoir un caractère plus actif ; elle n'est pas un simple réflexe, une simple réaction physiologique, complètement étrangère à la volonté

Digitized by Google

consciente. On ne peut pas dire qu'elle est purement automatique, comme dans le cas précédent ; seulement, sa raison n'est pas une raison *logique* basée sur un jugement, c'est une raison arbitraire qui relève d'une orientation générale vers la contradiction, d'un esprit général d'entêtement.

Quoi qu'il en soit, et sans rien préjuger du substratum psychologiques de l'*oppositionisme*, il est certain que les manifestations qui nous intéressent ne sont souvent qu'une modalité de la *résistance systématique* qu'offrent certains malades à toute sollicitation d'origine extrinsèque, et doivent être exclues en pareil cas du cadre des phénomènes délirants, comme de celui de la stéréotypie et de celui de la stupeur.

Certains signes permettent de donner à ces manifestations leur interprétation juste. La sitiophobie et le mutisme qui relèvent du *nolitionisme* ou du *négativisme* n'ont pas le caractère de *constance* et d'*invariabilité* qui est le propre des réactions délirantes comme des attitudes stéréotypées ou des états stuporeux. Le malade, muet quand on l'interroge, parle spontanément dès qu'on cesse de le solliciter ; d'autres fois, il parlera devant certaines personnes et refusera spontanément d'ouvrir la bouche devant certaines autres, sans qu'on puisse en découvrir la raison. Le sitiophobe nolitioniste ou négativiste qu'on alimente à la sonde, mangera en cachette alors qu'il ne sera pas observé. Ce n'est pas tout : la force d'inertie qu'offre le négativiste ou le nolitioniste est plutôt *systématique* que *systématisée*. Elle se présente souvent à l'état de tendance universelle capable de se manifester de mille façons, plutôt qu'elle ne constitue une attitude fixe et en quelque sorte immuable d'un département fonctionnel comme dans la *stéréotypie*. Combien ces caractères sont éloignés de ceux que présente l'individu dont nous décrivons les habitudes

Digitized by Google

stéréotypées dans l'observation I! Celui-là aussi ne parlait pas, ne mangeait pas. Mais qu'il fût observé ou non, il restait toujours aussi abstinent de nourriture et de paroles ; il demeurait identique à lui-même en tous temps comme en tous lieux. D'autre part, les phénomènes se tenaient étroitement localisés sur les appareils de mastication et de phonation, et le sujet montrait en dehors des phénomènes en question une docilité parfaite et une activité d'apparence normale.

En résumé, *mobilité et inconstance dans le temps et dans l'espace*, *tendance à la diffusion et au polymorphisme*, tels sont les signes sur lesquels il nous paraît légitime de s'appuyer pour apprécier qu'un refus de paroles ou d'aliments relève de l'*oppositionisme* plutôt que du délire, de la stéréotypie ou de la stupeur.

D). — Il reste à envisager un dernier cas. On sait qu'un certain nombre de déments précoces traversent au cours de la période active de leur affection une phase de *mélancolie*. D'autres, plus nombreux encore, traversent au début de leur maladie une phase de *confusion*. De tels malades restent souvent dans une attitude figée avec refus d'aliments et mutisme. Or, en pareil cas, il s'agit de *stupeur* (mélancolie), et derrière les manifestations précédentes se cache « l'idée-douleur », pour employer l'expression de Schule ; ou bien il s'agit de *stupidité* (confusion), et les phénomènes en question relèvent d'un arrêt complet de toute activité mentale, d'une absence de toute représentation, d'une inhibition totale en un mot.

L'observation suivante concerne un malade chez qui la sitiophobie et le mutisme semblent justiciables de ce mécanisme.

Digitized by Google

Obs. IV. — *Démence catatonique.*

M. W..., sans profession, décédé à l'âge de vingt-sept ans, à la suite d'une pneumonie, entre, en 1901, à Ville-Evrard. Il n'a aucun antécédent morbide du côté de sa famille, et nous ne notons dans son passé qu'une fièvre typhoïde vers l'âge de treize ans.

La maladie semble avoir été précédée de prodromes à longue échéance. La phase initiale est marquée par des phénomènes d'excitation avec crises convulsives de nature indéterminée. Le malade se signale par le caractère impulsif et la violence de ses réactions : il se précipite dans la glace d'un compartiment de chemin de fer quelques jours avant son internement.

A son entrée, l'agitation s'apaise pour faire place à un état de dépression, mais la confusion subsiste sous une forme obnubilatoire. Il reste inerte, n'obéit que très lentement aux sollicitations extérieures et ne fait plus que des réponses monosyllabiques, à voix basse. La stupeur s'accentue de jour en jour, avec une tendance progressive à l'hypertonus. Elle est coupée de quelques raptus impulsifs, de quelques rires explosifs et non motivés. Le malade ne prend plus aucun aliment; il se confine dans le mutisme. On est alors en présence d'un syndrome catatonique avec raideurs musculaires, flexibilité cireuse et négativisme. A l'état de repos, le malade reste debout dans la position hanchée, donnant, par le port de sa tête, par le maintien de son buste et de ses membres supérieurs, une impression remarquable de contrainte. S'il se déplace, on le voit se mouvoir tout d'une pièce comme un automate. Il marche la tête basse, le cou tendu, les épaules relevées et fortement projetées en arrière. Les membres inférieurs progressent par saccades, et il leur arrive d'interrompre leur jeu en un temps quelconque de son évolution, comme cela se produirait chez un pantin mécanique que son rouage, épuisé jusqu'au dernier cran, laisse brusquement immobile, une jambe en l'air. Le malade fait un pas gigantesque dès qu'il rencontre le moindre obstacle, et il reste souvent en suspens au cours de cette manœuvre. Tantôt il s'immobilise au « temps de double appui », c'est-à-dire que la jambe première, ayant franchi l'obstacle, repose sur le talon, tandis que la jambe dernière, restée en deçà, repose sur la pointe, pendant que le corps tout entier demeure penché en avant, dans l'attitude du coureur attendant le signal du départ.

Digitized by Google

Tantôt, ce qui est plus singulier, l'immobilisation coïncide avec le « temps de simple appui », c'est-à-dire que le corps reste en équilibre sur la jambe première au-delà de l'obstacle, tandis que la jambe dernière, oscillante, après avoir franchi ce dernier, reste tendue en avant et dans l'extension complète, sans prendre contact avec le sol. Pendant ce temps, et de toutes façons, les bras se maintiennent verticalement allongés, dans un état de raideur apparente, sans aucune souplesse, sans aucun balancement. Ils sont en légère pronation, le poing fermé, le pouce en dehors et accolé à la main. Cette modalité toute particulière de la station et de la marche s'accompagne d'une inhibition sensitive, intellectuelle et volitionnelle, qui exclut le sujet de tout commerce avec l'entourage.

L'état général est resté bon jusqu'à l'apparition de l'affection intercurrente qui emporta rapidement le malade.

La sitiophobie et le mutisme d'un pareil sujet, aussi bien que son attitude figée, ne peuvent relever d'un *délire actif*. On ne peut pas davantage leur attribuer une étiquette de *stéréotypie*. Il ne s'agit pas d'une polarisation de l'activité mentale ; il s'agit d'un arrêt de cette activité. Ici la conscience n'est pas remplie par une représentation exclusive : elle est vide de toute représentation. Les phénomènes ne peuvent être attribués davantage au *négativisme*, car, en forçant les excitations, nous avons pu obtenir chez ce malade quelques mouvements des lèvres et comme un effort pour répondre. En l'observant pendant les quelques jours où il fut en proie à la fièvre du fait de la pneumonie, l'atténuation de son engourdissement cérébral (sans doute sous l'effet du stimulus fébrile) nous a permis de constater nettement cette *bonne volonté de répondre*, et il paraissait évident que l'absence de réponse relevait d'une *incapacité à rassembler des idées et à les extérioriser*.

Dans les cas semblables, l'ensemble clinique permettra de donner au mutisme et à la sitiophobie leur

Digitized by Google

véritable interprétation. L'*apparition précoce coïncidant avec la période aiguë*, la *généralisation de l'akinésie à tous les modes d'activité*, l'*absence de caractère plastique dans l'expression de cette akinésie* sont des signes qui, par leur groupement, devront éloigner l'idée d'une réaction délirante ou d'une attitude stéréotypée ; la *cédation relative*, l'*ébauche d'activité* sous l'influence des injonctions répétées éliminent le négativisme. Le début des phénomènes par un *état de gêne*, *de contrainte*, *d'hésitation*, *de lenteur dans toutes les manifestations de l'activité psychomotrice*, l'*aspect atone du visage*, etc., évoquent un état de *confusion* allant jusqu'à la *stupidité*, état qui pourra revêtir d'ailleurs, soit la forme banale, *atonique*, ou *hypotonique*, soit une forme plus spécifique, *catatonique* ou *hypertonique*, cette dernière répondant peut-être moins à une inhibition totale qu'à un défaut d'extériorisation, à un « barrage de la volonté », suivant l'expression de Kraepelin.

Les considérations qui paraissent se dégager des observations précédentes conduisent à conclure que le refus d'aliments et le mutisme peuvent reconnaître chez le dément précoce des origines multiples. Ils peuvent dériver :

a) *D'une activité consciente et volontaire raisonnée* (*idée délirante*) ou *arbitraire* (*nolitionisme*).

b) *D'une activité automatique secondaire* (*attitude stéréotypée*).

c) *D'une activité automatique primitive* (*négativisme*).

d) *D'une absence d'activité* (*stupeur ou stupidité*).

De cette complexité de mécanisme, il résulte qu'une interprétation souvent délicate des phénomènes en question est indispensable pour dégager de leur constatation une signification psychologique, et une valeur pronostique quant à l'état mental du malade.

Digitized by Google

DE

L'ABSENCE DE GLUCOSE

DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

(EXPÉRIENCES ET RÉSULTATS)

Par M. C. DUBOS

Interne de l'asile de Montdevergues (Vaucluse).
(Service du Dr Pichenot, médecin en chef.)

I. Historique. — C'est une opinion courante depuis les travaux de Cl. Bernard que l'on trouve du sucre dans le liquide céphalo-rachidien. La plupart des auteurs y ont signalé la présence d'un corps réducteur de la liqueur de Fehling que, par analogie avec l'examen clinique des urines, ils ont pris pour du glucose.

On trouve cette opinion dans les travaux d'Oré et de Paulet; Dechambre et Mathias Duval (1) mentionnent la présence de « sucre dans le liquide arachnoïdien ». Littré et Robin (2) dans leur Dictionnaire, Viault et Jolyet (3) dans leur Physiologie, émettent le même avis.

Cette manière de voir se reflète du reste dans la plupart des publications et thèses ayant récemment paru sur la question. Lassaigne (cité par L. Testut) (4) parle

(1) Dechambre, Math. Duval et Lereboullet. *Dictionnaire usuel des sciences médicales*, article « Arachnoïde (Liquide) ».

(2) E. Littré et Ch. Robin. *Dictionnaire de médecine*, article « Arachnoïdien ».

(3) Viault et Jolyet. *Traité élémentaire de physiologie humaine.* 3e édition, p. 842.

(4) L. Testut. *Traité d'anatomie humaine.* 4e édition, t. II, p. 928.

Digitized by Google

de « traces de glucose », Havratzki est très affirmatif. M. Valeur a analysé le liquide céphalo-rachidien s'écoulant spontanément du nez d'un malade. La teneur de ce liquide en glucose serait, d'après cet auteur, de 0 gr. 20 par litre. Dans une thèse soutenue devant la Faculté de Montpellier au début de 1904, le Dr Voulcoff (1) cite trente-quatre observations inédites de ponction lombaire; chacune porte la mention : « glycose nette, glycose abondante ». Tout dernièrement enfin, dans la *Revue neurologique*, Lannois et Boulud (de Lyon) (2), après avoir rapporté les expériences de Grimbert et Coulard, affirment à nouveau la présence de glucose dans le liquide céphalo-rachidien.

Toutefois, certains auteurs ne sont pas aussi affirmatifs et plusieurs ont émis des doutes sur la nature de cette « substance réductrice ». Un des premiers, A. Gautier, après des analyses minutieuses et répétées, a affirmé que ce corps n'était pas du glucose mais de la pyrocatéchine. Pour Wolff (3), la substance réduisant la liqueur cupro-potassique ne serait pas un hydrate de carbone, mais « un corps de la série aromatique ». Bussy, Toison et Lenoble, Halliburton arrivent aux mêmes conclusions. Sicard (4) à son tour, dans sa monographie, parle, mais avec réserve, d'un corps réducteur de la liqueur de Fehling.

Intrigué par ces divergences, et favorisé par ma situation d'interne dans un important service d'aliénés (asile de Montdevergues, Vaucluse), j'ai recherché le glucose dans un nombre assez considérable d'échantil-

---

(1) S. Voulcoff. Le Liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale. *Thèse* de Montpellier, 1904.

(2) Lannois et Boulud. In *Revue neurologique*, 1904, p. 512.

(3) C. Wolff. Eléments de diagnostic tirés de la ponction lombaire. *Thèse* de Paris, 1901.

(4) J.-A. Sicard. *Le Liquide céphalo-rachidien*. Paris, 1902.

Digitized by Google

lons de liquide céphalo-rachidien prélevé sur des paralytiques généraux, des tabétiques, des syphilitiques cérébraux et des alcooliques chroniques. A la suite des expériences très simples qui font l'objet de ce travail, j'ai acquis la certitude que le liquide céphalo-rachidien ne renfermait pas de glucose.

Il convient d'abord de faire une réserve. Loin de nier les faits d'Achard et Lœper, de Sicard et Widal, de Bierry et Lalou (1), je reconnais volontiers avec Richet (2) que, dans le cas de diabète, ou même de glycosurie simple, on peut trouver 1, 2 et 3 grammes de glycose par litre de liquide céphalo-rachidien. Sa présence n'a alors rien d'extraordinaire puisqu'on le trouve en même temps dans la sueur et la salive. Il faut se rappeler du reste que dans les autres cas pathologiques, on retrouve dans le liquide céphalo-rachidien les diverses substances saturant les humeurs de l'organisme : les pigments biliaires dans l'ictère (Gilbert et Castaigne), l'urée dans certains états brightiques (Frouin et Sicard) (3), Comba (4). M. Raymond a montré d'autre part que sous l'influence du régime « le taux du sucre céphalo-rachidien baisse dans les mêmes proportions comparatives que celui du sucre urinaire ».

Il est donc bien entendu que je laisse de côté le cas tout spécial où l'on trouve du glucose dans les urines. C'est donc dans le liquide céphalo-rachidien de sujets non glycosuriques que je vais rechercher les caractères chimiques, biologiques et physiques du glucose.

II. Propriétés chimiques. — Le glucose est un réducteur puissant et, parmi les procédés de laboratoire

(1) Bierry et Lalou. Variations du sucre dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, in *Bull. de Soc. de biologie*, févr. 1904.
(2) Richet. *Dictionnaire de physiologie.*
(3) Frouin et Sicard. *Gazette des hôpitaux*, 1904.
(4) Comba. *Clinica medica italiana*, n° 9, 1899.

Digitized by Google

qui servent à mettre en évidence cette propriété, il en est trois, basés sur ce principe, que les sels cuivriques en solution alcaline sont réduits et passent à l'état d'oxyde cuivreux rouge. Ce sont les réactions de Trommer, de Barreswill et de Fehling.

a) **Réaction de Trommer** (modifiée par Salkowski (1). — *Expérience* 1. — Vient-on à chauffer dans un tube à essai un mélange d'une solution de soude à 15 p. 100 et d'un liquide renfermant du glucose, additionné de deux à trois gouttes d'une solution de sulfate de cuivre au 1/10, la liqueur, primitivement d'un beau bleu, devient d'abord jaune, puis rouge, par formation d'un précipité d'oxyde cuivreux.

Expérience 2. — La même réaction a lieu si on remplace la solution de glucose par du liquide céphalo-rachidien. Toutefois, la réduction est beaucoup plus lente et manque parfois même totalement.

b) **Réaction de Barreswill** (2). — *Expérience* 1. — Chauffons P. E. d'une solution de glucose et de réactif de Barreswill. La liqueur primitivement bleue devient verte ; apparaissent ensuite des traînées jaunes. Par le repos, le liquide redevient transparent tandis qu'il se dépose au fond du tube un précipité jaune-chamois d'oxyde cuivreux.

Expérience 2. — Le liquide céphalo-rachidien à

---

(1) J. Ville. *Manipulations de chimie médicale.*

(2) La formule de la liqueur de Barreswill se trouvant rarement indiquée dans les manuels de chimie, je crois utile de la donner ici :

1)	Carbonate de soude cristallisé. . . .	4 gr.
	Crème de tartre.	5 —
	Potasse caustique	4 —
	Dissoudre dans eau	40 —
2)	Sulfate de cuivre	3 —
	Eau.	25 —

Mêler 1) et 2), filtrer et ajouter eau q. s. pour 100 centimètres cubes.

Digitized by Google

chaud décolore légèrement la liqueur de Barreswill ; le mélange prend une teinte verdâtre, mais sans aucune réduction. La réaction est chaque fois négative.

c) **Réaction de Fehling**. — Fehling, pour rendre la liqueur de Barreswill moins altérable, a substitué la potasse à la soude.

Expérience 1. — A l'ébullition, le mélange de liqueur de Fehling et de solution de glucose perd sa couleur bleue pour prendre une teinte rouge-brun avec dépôt d'un précipité rougeâtre d'oxyde de cuivre.

Expérience 2. — Substituons dans l'expérience précédente du liquide céphalo-rachidien à la solution de glucose et le mélange primitivement transparent prend à chaud une teinte ardoisée. La réduction n'est pas immédiate; mais une demi-heure, une heure après, et parfois davantage, apparaît au fond du tube un dépôt très rouge de CuO. Après 24 heures de repos, la réduction est complète et le culot très net; c'est à n'en pas douter de l'oxyde de cuivre, car il est parfaitement soluble dans l'ammoniaque et insoluble dans la potasse et la soude.

Discussion. — Ces expériences semblent indiquer que le liquide céphalo-rachidien se comporte (tout au moins vis-à-vis des réactifs de Trommer et de Fehling) comme une solution de glucose. De là, à mon avis, l'erreur des auteurs, qui n'ont pas poussé plus loin leurs investigations.

Je dois d'abord faire observer que cette réduction est très inconstante. Pour Lannois et R. Boulud (de Lyon) (1), « les chiffres obtenus oscillent constamment entre 0 gr. 40 et 0 gr. 50 pour 1000 ». M. Valeur (2) a dosé 0 gr. 20 pour 1000. Au cours de la rage, on a noté

(1) Lannois et Boulud. *Loc. cit.*
(2) Vigouroux. Comunication à la Soc. de neurologie, 1er décembre 1904, résumé in *Arch. de neurologie*, janvier 1905.

Digitized by Google

une substance réductrice correspondant à 0 gr. 72 de glucose. J'ai moi-même trouvé des réductions très inégales : tantôt très légères (en particulier dans un cas de malformations congénitales multiples de la face chez un nouveau-né), tantôt moyennes (paralysie générale et tabes), tantôt enfin très abondantes (notamment dans la syphilis à la période secondaire). Dans 10 p. 100 des cas enfin, elles manquent totalement, même après 48 heures de contact. Plusieurs auteurs ont déjà signalé ce fait ; qu'il me suffise de citer les observations de Denigès et Sabrazès (1), de Sabrazès et Binaud (2), qui dans plusieurs cas de méningite n'ont pu trouver de corps réducteur. De même, M. Valeur dans l'observation déjà mentionnée constate que « la substance réductrice signalée par Guerbet n'a pu être retrouvée ».

En dernier lieu, et c'est une très sérieuse objection que je dois faire au procédé, la liqueur de Fehling est loin d'être un réactif sûr et caractéristique. Bouchardat a fait observer que « la liqueur de Fehling peut réagir avec certaines urines normales ». Pour Gérard (3), « l'indication fournie par la liqueur de Fehling peut être sujette à caution ». Le glucose n'est pas en effet la seule substance capable de réduire à l'ébullition la liqueur de Fehling. L'albumine elle aussi nuit aux réactions, elle « gêne, entrave et masque la réaction de Fehling ». — « C'est toujours sur l'urine exempte d'albumine qu'il faut opérer pour la recherche du glucose », insiste Gérard. Or, on trouve d'une façon constante dans le liquide céphalo-rachidien de la sérum-globuline et dans les cas pathologiques de la sérum-albumine (ou sérine). J'en ai fréquemment dosé

(1) Denigès et Sabrazès. In *Revue de médecine*, 10 octobre 1896.
(2) Sabrazès et Binaud. In *Travaux de neurologie chirurgicale* 1897.
(3) Gérard. *Analyse des urines*. Paris, Vigot, éditeur.

Digitized by Google

1 gr. 50, 2 grammes et plus par litre. Cette albumine réduit certainement la liqueur de Fehling ; car, comme dans l'expérience 3, si on chauffe le liquide céphalo-rachidien et qu'on le filtre, on le débarrasse de son albumine. Ce « filtratum » est encore capable de réduire la liqueur cupro-potassique ; mais cette réduction est bien moindre qu'avec le liquide primitif.

Gaston Lyon et Loiseau (1) font en outre remarquer que « l'acide urique et la créatinine attaquent aussi la liqueur de Fehling en donnant un trouble qu'il est parfois difficile de distinguer de la réaction du glucose ». « L'acide urique, les urates, dit Arthus (2) sont capables de réduire la liqueur de Fehling en donnant des précipités blanchâtres ou même brun-rougeâtre. » On a depuis longtemps remarqué que les urines riches en urates, comme dans la grossesse, réduisent la liqueur de Fehling en l'absence de tout glucose (3). Le liquide céphalo-rachidien est très complexe. D'après Lassaigne (analyse citée par L. Testut), « le liquide céphalo-rachidien contient 4 gr. 74 pour 1000 d'osmazome ». Ce corps, d'après Thénard, n'est pas un principe immédiat, mais un mélange de créatine, créatinine, sarcosine, etc... Il contient en outre de l'acide urique, de l'urée, des urates, de la leucine, de la choline (4), de la xanthine et de l'hypoxanthine, tous produits dérivant des substances protéiques constitutives de la substance nerveuse. Tous ces corps organiques ont des propriétés réductrices (5).

---

(1) Gaston Lyon et Loiseau. *Formulaire thérapeutique*, 3e édition, p. 685.

(2) M. Arthus. *Eléments de chimie physiologique*, 3e édition, p. 380.

(3) Littré et Robin. *Loc. cit.*

(4) Wilson. *Revue neurologique*, 1904, p. 401.

(5) Je tiens à faire remarquer que la série des hypnotiques et des calmants qui composent la thérapeutique usuelle de nos asiles

Digitized by Google

Il importe donc pour enlever toute cause d'erreur à ces expériences d'éliminer toutes ces substances étrangères, c'est-à-dire de « déféquer » le liquide. On ajoute à cet effet un dixième de son volume de sous-acétate de plomb en présence d'une solution de carbonate de soude au dixième. On obtient un précipité blanc très abondant qui retient l'albumine, l'acide urique et les urates. On ajoute goutte à goutte de l'acide sulfurique au tiers jusqu'à réaction légèrement acide pour enlever l'excès de plomb ; on neutralise par quelques gouttes de lessive de soude, on filtre. On reprend sur ce « filtratum » les trois réactions *a*, *b*, *c* ; elles se comportent comme avec le liquide non déféqué, mais la réduction, lorsqu'elle a lieu, est bien moins intense.

Il s'ensuit que la défécation est incomplète ; il faut donc avoir recours à une élimination plus rigoureuse. J. Eury a conseillé de faire agir les sels de mercure (acétate, nitrate ou bichlorure) en présence du carbonate de soude. La créatine et la créatinine épargnées par le sous-acétate de plomb sont précipitées par le sel de mercure (1). Si donc (*Exp.* 5) nous déféquons du liquide céphalo-rachidien par le bichlorure de mercure, toutes les substances albuminoïdes, ou en dérivant, sont éliminées, et après une ébullition prolongée on n'observe pas la moindre trace de réduction. Au cours de cette expérience, le sel de mercure détermine un abondant précipité blanc de substances albuminoïdes;

---

correspond à la liste des médicaments à propriété réductrice : tels sont le chloral, le sulfonal, l'antipyrine, l'acétanilide (*a*), etc. ; il faut y ajouter la cryogénine (*b*). Des expériences en cours nous apprendront si ces substances passent dans le liquide céphalo-rachidien. Qu'il me suffise pour le moment de citer le fait sans y insister, car il a besoin d'une confirmation expérimentale.

(1) P. Lefert. *Aide-mémoire de chimie médicale*, p. 259.

(*a*) Gaston Lyon et Loiseau. *Loc. cit.*

(*b*) Boy-Tessier et Bruneau. *Marseille médical*, février 1903.

Digitized by Google

par addition du carbonate de soude, ce précipité devient rouge. Cette dernière coloration est due à l'action de la soude sur le sel de mercure employé. On ajoute la liqueur de Fehling et on filtre. Le liquide redevient bleu; porté à l'ébullition, il perd de sa belle limpidité, mais on n'observe pas de réduction. Il y a bien un précipité gris d'acier qui apparaît sous forme de lamelles blanches; c'est du cuivre pulvérulent déplacé par le mercure et amalgamé par lui. On ne saurait prétendre qu'il est produit par le sucre réducteur, car (*Exp.* 6) on le reproduit, en l'absence de tout glucose, par l'action à chaud de la liqueur de Fehling sur un sel de mercure et qu'il est parfaitement insoluble dans l'ammoniaque.

Tarbouriech et nombre de chimistes prétendent que le glucose, au milieu d'autres substances réductrices, agit seul à froid sur la liqueur cupro-potassique. Ceci est peut-être vrai pour l'urine, mais est douteux pour un liquide aussi complexe que le liquide céphalo-rachidien. A froid, en effet, il se produit (*Exp.* 7) un abondant précipité blanchâtre de substances albuminoïdes, parfois parsemé çà et là de rares et fines paillettes métalliques. Mais si (*Exp.* 8) on a soin d'éliminer l'albumine par simple ébullition, le précipité blanchâtre est bien moins abondant que dans l'expérience précédente. On peut encore y voir de très rares paillettes de CuO, dues, ainsi que l'a fait remarquer J. Eury, à l'action de la créatinine qui maintient en suspension une quantité très faible d'oxyde cuivrique (1). Après défécation par le sublimé (*Exp.* 9) la créatinine est précipitée et la liqueur de Fehling n'est plus réduite.

Il convient de remarquer que ces multiples opérations (coagulation par la chaleur, défécation par le sous-acétate de plomb et les sels de mercure) sont d'un usage

(1) M. Arthus. *Loc. cit.*, p. 381.

Digitized by Google

fréquent dans les analyses d'urine et qu'elles n'entravent en rien les propriétés réductrices du glucose. On s'en rend aisément compte en procédant dans les mêmes conditions sur des solutions de cet hydrate de carbone dans l'eau distillée.

En *résumé*, la liqueur de Fehling à chaud est le plus souvent réduite par le liquide céphalo-rachidien. Ce dernier, privé de son albumine par ébullition et filtration, réduit encore, mais bien plus faiblement, l'oxyde de cuivre. Après défécation partielle par le sous-acétate de plomb, la réduction est à peine appréciable; elle est absolument négative après défécation totale par les sels de mercure.

Il me semble donc que la réduction des sels de cuivre constitue une méthode très peu rigoureuse au point de vue analytique; qu'on ne saurait y trouver une preuve formelle de la présence de glucose dans le liquide céphalo-rachidien, puisque cette réaction est loin d'être caractéristique et qu'elle est négative après élimination de substances réductrices, telles que l'acide urique et la créatinine qui y sont normalement contenus.

Les autres réactions chimiques du glucose sont plus caractéristiques et ne sont pas susceptibles des mêmes objections. Pour les vérifier je me servirai, dans les essais qui vont suivre, d'un liquide céphalo-rachidien contenant le pseudo-glucose, c'est-à-dire ayant dans un essai préliminaire réduit la liqueur de Fehling.

d) **La réaction de Böttger** est basée sur la réduction des sels de bismuth. Ce procédé est très rigoureux, car cette réaction est très sensible et est considérée par les chimistes comme très caractéristique. En effet, ni la créatine, ni l'acide urique, ni les urates qui réduisent la liqueur de Fehling, ne possèdent la propriété de réduire les sels de bismuth.

Nylander a simplifié la méthode. Le réactif de

Digitized by Google

Böttger-Nylander se prépare en dissolvant 2 grammes de sous-nitrate de bismuth et 4 grammes de sel de Seignette en 100 centimètres cubes d'eau; on y ajoute 10 grammes de soude caustique.

Expérience 1. — On prend 5 centimètres cubes d'une solution de glucose qu'on additionne de 1 centimètre cube de réactif bismuthique et on porte à l'ébullition. Le liquide brunit, noircit et il se dépose au fond du tube un précipité noir très abondant de bismuth métallique.

Expérience 2. — Si l'on chauffe du liquide céphalo-rachidien en présence du réactif de Böttger, le mélange jaunit, mais il ne noircit jamais et il ne se forme aucun dépôt.

Expérience 3. — Le liquide céphalo-rachidien ne contient pas d'autre part de substance capable d'entraver la réaction ; car si dans l'expérience 2, après avoir constaté l'absence de toute réduction, nous ajoutons une faible proportion de glucose, la réaction de Böttger est alors nettement positive.

e) **Réaction de Moore.** — Une réaction très simple a été indiquée par Moore ; elle consiste à chauffer un mélange de glucose et de potasse caustique (*Exp.* 1). Le mélange jaunit, brunit fortement, noircit même. Une goutte d'acide azotique le décolore en même temps que se dégage une forte odeur de caramel. *Expérience* 2 : l'épreuve par la potasse à chaud du liquide céphalo-rachidien est absolument négative et elle l'a été dans tous les cas. La potasse provoque un précipité blanc floconneux assez abondant qui jaunit à peine en le chauffant, mais qui ne se caramélise jamais par addition d'acide azotique.

Pour Gaston Lyon et Loiseau, ainsi que pour la plupart des chimistes, « ces deux procédés (bismuth et caramélisation) seuls sont exacts ».

Digitized by Google

f) **Phénylhydrazine**. — Le glucose, à chaud et en présence d'acide acétique, se combine à la phénylhydrazine pour donner une hydrazone. Sous l'action continue de la chaleur il se forme des cristaux de phénylglucosazone, « qui se présentent sous l'aspect de fines aiguilles disposées en aigrette ou en épi et colorées en jaune ». Pour cette épreuve, j'ai eu recours à la technique indiquée par Neumann.

Expérience 1. — On prend 5 centimètres cubes de solution de glucose et 2 centimètres cubes d'une solution d'acide acétique à 50 p. 100 saturée d'acétate de soude. On y ajoute quelques gouttes de phénylhydrazyne pure. On chauffe au bain-marie pendant une heure environ, en ayant soin de ne pas dépasser une température de 80 degrés. Par évaporation, on ramène le mélange à 3 centimètres cubes et on laisse refroidir lentement. Si la solution renferme au moins 0 gr. 50 de sucre par litre, la cristallisation est abondante et visible à l'œil nu. Pour des solutions plus pauvres en glucose, on peut déceler ces mêmes cristaux à l'aide du microscope.

Expérience 2. — En opérant comme précédemment sur du liquide céphalo-rachidien, on observe un dépôt brun-rougeâtre floconneux, dû aux substances albuminoïdes. En effet, l'abondance de ce précipité est en rapport avec la quantité plus ou moins considérable d'albumine contenue dans le liquide en expérience. A l'œil nu, on n'y voit pas de cristallisation. Au microscope, ce sédiment laisse voir des cristaux d'urate de soude, mais je n'ai pu y observer les aiguilles caractéristiques de l'osazone.

Cependant, Lannois et Boulud (1) disent les avoir aperçus trois fois. Il est possible qu'il s'agisse alors de

(1) Lannois et Boulud. *Loc. cit.*

Digitized by Google

liquide céphalo-rachidien de glycosuriques. Quoi qu'il en soit, Grimbert et Coulard, après avoir essayé avec la phénylhydrazine, partagent l'avis des deux précédents auteurs, mais reconnaissent que plusieurs fois la réaction a été négative.

Armand Gautier (1) a fait lui aussi cette épreuve. Il l'a toujours trouvée négative et dit en propres termes : « Ce corps réducteur ne précipite pas la phénylhydrazine. » Je n'hésite pas, pour ma part, à me rallier à cette dernière opinion.

III. Propriétés biologiques. — A côté des réactions chimiques, il convient pour plus de précision de rechercher s'il y a dans le liquide céphalo-rachidien un corps fermentescible. On sait en effet (*Exp.* 1) que le glucose, en présence de levure de bière, fermente, c'est-à-dire se décompose en alcool et acide carbonique. On peut se servir d'un dispositif très simple : un tube à essai renversé est fermé par un bouchon percé d'une ouverture livrant passage à un tube en U. L'appareil est maintenu verticalement par une potence. On introduit la solution de glucose, additionnée de levure de bière, et on ferme avec le bouchon armé du tube en U. On prend soin de remplir exactement l'appareil et de le priver d'air. Quelques moments après, des bulles se dégagent et vont s'accumuler à la partie supérieure du tube à essai. Le liquide refoulé par la tension de cet acide carbonique mis en liberté s'échappe par l'extrémité libre du tube en U. La réaction est généralement intense et, après quelques heures, il s'est déjà dégagé plusieurs centimètres cubes de gaz.

Expérience 2. — On remplit l'appareil de liquide céphalo-rachidien additionné d'un peu de levure de

(1) Armand Gautier. *Leçons de chimie biologique normale et pathologique*, 1897.

Digitized by Google

bière. On le maintient à la température optima (25 à 30 degrés), il n'y a jamais trace de fermentation, car, même après quarante-huit heures, il ne se dégage pas la moindre bulle de gaz.

Expérience 3. — L'acide tartrique passe pour favoriser la fermentation. On ajoute au liquide des expériences 1 et 2 une faible proportion de cet acide. Les résultats sont absoluments identiques : nettement positifs pour le glucose, absolument négatifs avec le liquide céphalo-rachidien.

Expérience 4. — On pourrait toutefois objecter qu'en sus du glucose le liquide céphalo-rachidien peut contenir une substance qui gêne et entrave la fermentation ; il est facile de montrer qu'il n'en est rien. Si en effet, après avoir fait un essai inutile de quarante-huit heures (*Exp.* 2), j'ajoute une proportion même minime de glucose, la fermentation se manifeste, abondante, même quelques heures après. Si donc l'expérience 2 est restée négative, c'est bien parce qu'il n'y avait pas de glucose.

L'épreuve de la fermentation a une valeur indiscutable ; elle peut servir à contrôler d'une façon certaine les essais effectués par les méthodes chimiques.

IV. Propriété physique. — On peut en dire autant de la recherche au saccharimètre des propriétés polarisantes du glucose. Il est dextrogyre (+ 56°7) ; si donc le liquide céphalo-rachidien contient du glucose, il doit dévier à droite le plan de polarisation. Au lieu qu'il en soit ainsi (*Exp.* 1), le plan de polarisation est nettement dévié à gauche.

Expérience 2. — Plusieurs substances organiques ayant un pouvoir rotatoire et l'albumine en particulier étant lévogyre, je reprends le liquide de l'expérience 1, je le porte à ébullition et l'examine à nouveau après filtration. Le liquide est parfaitement neutre ; il n'a plus aucun pouvoir rotatoire, ni lévogyre, ni dextrogyre. Il

Digitized by Google

faut donc voir dans l'albumine qui a été retenue sur le filtre la substance lévogyre de l'expérience 1.

V. Conclusions. — Des multiples expériences qui précèdent il résulte incontestablement que le liquide céphalo-rachidien contient le plus souvent un corps réducteur de la liqueur de Fehling, mais qui n'est pas du glucose. Quel est donc ce corps réducteur? Armand Gautier et plusieurs auteurs après lui ont voulu y voir la pyrocatéchine.

Je ne peux accepter cette opinion, car si la pyrocatéchine et son isomère, la résorcine, réduisent le réactif cupro-potassique, elles ont des réactions de coloration bien spéciales. Traitées par un sel ferrique, la résorcine se colore en violet, tandis que la pyrocatéchine se colore en vert. J'ai maintes fois recherché ces réactions à l'aide du perchlorure de fer. A chaud aussi bien qu'à froid, le mélange reste invariablement rouge-acajou.

Cette coloration est du reste celle qui est provoquée par les produits xanthiques. Ces derniers paraissent bien constituer le corps réducteur dont nous recherchons la nature. En effet, ils possèdent tous les caractères mis en évidence par la série d'expériences qui précèdent. Ils réduisent la liqueur de Fehling, sont épargnés par la chaleur et le sous-acétate de plomb, ils sont précipités par les sels de mercure. Ils sont de plus sans action sur les sels de bismuth, la potasse et la phénylhydrazine; ils ne fermentent pas et ne sont pas dextrogyres.

En matière de conclusion, je crois donc pouvoir affirmer que le liquide céphalo-rachidien ne contient pas de glucose et qu'il tire ses propriétés réductrices des bases xanthiques et des déchets ultimes de l'activité cellulaire (créatine, créatinine, xanthine et hypoxanthine).

Digitized by Google

Thérapeutique.

—

QUELQUES RÉFLEXIONS

SUR LE

TRAITEMENT DES MALADIES MENTALES

Par le Dr J. CHRISTIAN
Médecin en chef honoraire de la Maison nationale de Charenton.

I

Notre confrère, M. le Dr Truelle, directeur médecin de la colonie de Dun-sur-Auron, a publié sur cette colonie un rapport très complet et très intéressant, qui remonte déjà à plusieurs années, puisqu'il se rapporte à l'année 1902, mais que je n'ai connu que dans ces derniers temps. Aussi bien n'ai-je pu manifester plus tôt ma surprise d'y lire les lignes suivantes :

« Tout récemment, un médecin, qui, cependant, a fait des travaux sur l'aliénation mentale, *désireux de prouver qu'il n'est pas besoin de soigner la folie*, écrivait : « Dans l'immense majorité des cas, l'aliéné est « un *infirme*, non pas un *malade*... Dans l'immense « majorité des cas, ne voit-on pas chez l'aliéné un état « constitutionnel qui s'est établi d'emblée, et qui « durera sans changement pendant des années, pendant « la vie entière? Quand une fois on a examiné cet « infirme, on a obtenu son portrait, *ne varietur*, tel

Digitized by Google

« qu'il sera dans trente, dans cinquante ans!... Et à « quoi bon venir chaque matin examiner cette pauvre « épave, et qu'y gagnerait-elle (1)?.»

Le médecin dont il s'agit ne peut être que moi, car la citation est tirée textuellement d'un article que j'ai fait paraître dans les *Annales médico-psychologiques* (numéro de mars-avril 1903, p. 207).

Comment mon honorable confrère a-t-il pu lire dans ces lignes que « je suis d'avis qu'il n'est pas besoin de soigner la folie », — c'est ce que je ne me charge pas d'expliquer. Non, en vérité, pareille idée n'a jamais été la mienne. Tant que j'ai eu un service à diriger, je me suis appliqué à faire profiter mes malades de toutes les ressources de la thérapeutique ; car jamais je n'ai pensé que le médecin puisse se désintéresser, même des maladies chroniques. Jamais je n'ai voulu dire que l'aliéné, reconnu incurable, ne doive pas rester placé sous une direction médicale. Et je reconnais volontiers que « dans « toute maladie mentale, même incurable, il y a des « variations qui font que le médecin ne peut pas « perdre de vue son malade » (2). Mais précisément parce que je suis de cet avis, je ne saurais voir dans les colonies familiales, telles qu'elles fonctionnent actuellement, rien qui commande l'admiration.

Que reproche-t-on en effet à nos asiles? C'est de renfermer un trop grand nombre de malades, et pas assez de médecins, surtout de médecins en chef? Il nous a été mathématiquement démontré qu'il est matériellement impossible à un médecin, si zélé qu'il soit, de soigner plusieurs centaines d'aliénés. J'ai objecté, et c'est toujours mon avis, qu'il y a là un inconvénient plus appa-

(1) *Rapport sur la colonie familiale de Dun-sur-Auron*, année 1902, par le Dr Truelle, directeur médecin de la colonie. Paris, 1903, p. 371.

(2) Truelle, *loc. cit.*, p. 372.

Digitized by Google

rent que réel. Car, sur 100 aliénés placés dans un asile, il y en a bien 90 (sinon plus) qui sont chroniques et incurables ; ce ne sont pas des malades, au sens propre du mot, et je ne vois aucune utilité à ce que, chaque matin, le médecin s'arrête auprès de chacun d'eux, et répète ce qu'il a dit la veille. A quoi cela peut-il servir ? C'est d'ailleurs là un fait tellement évident, que, dans les colonies nouvellement créées, le règlement n'exige une visite du médecin que tous les quinze jours ! Et comment des visites plus fréquentes seraient-elles possibles ? Dans le rapport cité, je lis qu'à Dun il y avait, au 31 décembre 1902, — 797 pensionnaires, disséminés dans 7 villages, sur une longueur de 34 kilomètres ! Pour faire le service, il y a deux médecins et un assistant (interne) ; en plus un surveillant. Et comme le poste de surveillant exige une grande activité, on l'a donné à un gendarme retraité, c'est-à-dire à un homme déjà âgé !

Comment notre collègue fait-il, dans ces conditions, pour ne pas perdre de vue ses 797 malades ? C'est ce qu'il aurait dû nous apprendre (1).

Je crois que la chose lui serait infiniment plus aisée si les 800 aliénés étaient placés dans un asile ; car ils y seraient groupés, distribués dans un certain nombre de quartiers, soumis à la surveillance continue d'un personnel expérimenté et bien dirigé. Le médecin saurait toujours ce qu'ils deviennent ; qu'un incident quelconque se produise, il serait aussitôt averti, et à même d'intervenir. Dans la colonie au contraire, il faut bien le reconnaître, l'aliéné est abandonné à lui-même ; il échappe à tout contrôle ; la surveillance du nourricier est illusoire. Un vieux dément, placé dans un asile, a besoin d'une visite du médecin tous les jours ; transféré à la colonie, ce même dément peut errer et vagabonder

(1) *Loc. cit.*, p. 375.

Digitized by Google

à son aise ; il suffit que le médecin le voie une fois par quinzaine. J'ai déjà demandé la raison de cette différence, mais on ne m'a fait aucune réponse, et il est probable qu'on ne m'en fera pas.

Pour en revenir d'ailleurs à l'opinion qui m'est reprochée, que l'aliéné est plus souvent un *infirme* qu'un *malade*, elle me paraît si conforme à la réalité, que je m'étonne vraiment qu'elle soit combattue par des collègues qui, depuis des années, professent que la plupart des aliénés sont des *dégénérés*, si bien que nous n'avons plus vu que des aliénés avec des certificats de *dégénérescence mentale*. Or, si le mot dégénérescence a une signification, ce ne peut être que celle de déviation de la normale, et elle est congénitale. C'est une anomalie constitutionnelle, ce n'est pas une maladie à évolution progressive ; c'est un état permanent, définitif. Si on a le moyen de le guérir, on est bien coupable de ne pas nous l'avoir fait connaître. Je n'ai encore vu de *dégénérés* guéris que dans certaines statistiques, ce qui ne suffit pas.

Si l'on ne veut pas se payer de mots, on sera obligé de reconnaître que les seules folies qui guérissent, ce sont les folies aiguës, — manie et mélancolie, — et les folies toxiques, puerpérales, etc., les formes en un mot qui se rapprochent le plus du délire fébrile (la remarque est d'Esquirol), et par conséquent des maladies aiguës. En dehors de ces formes, qu'on veuille bien me dire quelles sont celles qui permettent d'espérer une guérison ? Et quand bien même nous sommes assez heureux pour en rencontrer une par hasard, cela ne saurait infirmer ce fait capital, que la folie véritable est le plus souvent un état constitutionnel, qui fait partie intégrante de la vie de l'individu, et qui dure autant que lui.

Que si l'on vient à objecter que beaucoup d'aliénés ne guérissent pas, parce qu'on les a soignés trop tard

Digitized by Google

qu'on a employé de mauvaises méthodes, ou encore parce qu'on les a enfermés dans un asile, — car nous avons entendu émettre cette extraordinaire assertion, « que les asiles sont des fabriques d'incurables », — je répondrai par des faits d'observation banale et journalière. Si c'est dans une famille opulente, princière ou même royale, que frappe la folie, on sait que, dès les premiers symptômes, les spécialistes les plus réputés seront consultés; le malade sera placé, non dans un asile, mais dans une villa, entouré de tous les soins et de tout le confort que l'on pourra imaginer; il jouira de tous les charmes de l'*open-door*; rien ne lui manquera; et pourtant il ne guérit pas, il tombe dans la chronicité, et il traîne jusqu'à la vieillesse une triste et misérable existence. Est-il besoin de citer des exemples?

Il n'est donc pas niable que beaucoup de folies sont incurables; à mon avis, le plus grand nombre est dans ce cas. Et je répète, qu'à mon sens, la folie est le plus souvent, non une affection accidentelle, passagère, mais une véritable malformation constitutionnelle, innée, en un mot une dégénérescence, contre laquelle notre thérapeutique est impuissante.

Cependant, même chez les aliénés incurables, le médecin devra toujours veiller et être prêt à intervenir; car, comme le fait remarquer M. Truelle, il peut survenir des incidents nombreux, provoquant des réactions plus ou moins violentes. Mais cela ne change rien au fond même du délire. Qu'un persécuté s'agite, et ait un accès de manie, cet accès guérira, mais il restera persécuté comme devant. Il en est de ces crises comme des bouillonnements que la tempête excite à la surface d'un lac habituellement tranquille : l'orage éclate, puis se calme, mais, ni la profondeur, ni le fond même du lac n'ont varié.

Et les réactions elles-mêmes, qui nécessitent l'inter-

Digitized by Google

vention du médecin, on m'accordera, je pense, qu'elles seront d'autant plus fréquentes et plus violentes que l'aliéné sera exposé à des causes d'excitation plus nombreuses, ou qu'il aura pu se laisser aller plus facilement aux excès auxquels il est porté. Je crois que, toutes choses égales d'ailleurs, l'aliéné trouvera plus de calme, plus de tranquillité, dans un asile, qu'il y sera soumis à une hygiène plus rationnelle, que dans la colonie où il est livré à lui-même, dans une colonie où, sur une population de 3.300 âmes, il y a 52 cafés et débits de vin, sans compter les épiceries, qui débitent l'eau-de-vie sur le comptoir (1).

Si je voulais une preuve de ce que j'avance, je la trouverais dans le rapport lui-même. J'y lis en effet que, durant l'année 1902, sur les 931 aliénés traités à Dun, il y a eu : 2 suicides, 61 évasions, 180 changements de nourriciers. 52 aliénés ont dû être réintégrés dans un asile fermé ; 140 ont été placés aux infirmeries. Au total, 435 incidents, soit 46 p. 100 (2) ; et il ne s'agit que des incidents officiellement constatés! Dans aucun asile on ne trouverait une statistique pareille. Et je me demande encore si, dans les colonies ainsi organisées, on réalise les économies que l'on espérait et que l'on escomptait à l'avance? Nous le saurons quand on nous aura fait connaître leur budget réel.

Mon confrère me pardonnera de ne pas montrer plus d'enthousiasme pour les colonies en général et Dun en particulier. J'aurais compris la création de colonies agricoles annexées aux asiles, comme j'en ai vu fonctionner quelques-unes. Mais supprimer l'asile, le remplacer par une colonie, ne me paraît pas une idée heureuse : l'expé-

(1) *Loc. cit.* p. 382. C'est la même proportion que celle trouvée par le Dr Noir dans le quartier si misérable de Saint-Séverin. (*Prog. méd.*, 30 sept. 1905, p. 620).

(2) Rapport cité, p. 373.

Digitized by Google

rience prononcera. On semble trop facilement oublier que, si l'on a créé des asiles, et dans tous les pays, c'est qu'apparemment ils répondaient à un besoin réel. Les aliénés, depuis qu'on les observe, n'ont pas changé ; pas plus aujourd'hui qu'il y a soixante ans, on ne peut, sans graves inconvénients, et sans danger pour eux-mêmes et pour la société, les abandonner à leur fantaisie. Ils ont besoin, ne sachant se conduire, d'être surveillés et dirigés, et l'asile me paraît être ce qu'il y a de meilleur dans ce but. La preuve, c'est que, dans les colonies mêmes, on se hâte de construire des infirmeries qui ne sont en réalité que de petits asiles, et l'on y place les aliénés qu'on ne peut laisser errer librement dans la colonie. Asile pour asile, où est l'avantage?

II

J'aurais encore beaucoup à dire sur les colonies familiales ; je pourrais m'étonner surtout de voir avec quelle rigueur on juge les asiles, quelles exigences on a pour les aliénés qui y sont renfermés, quand il s'agit du traitement, de la nourriture, de l'hygiène, alors que dans la colonie tout se passe avec un aimable laisser-aller. Car le pensionnaire de la colonie vit de la vie de son nourricier, et ce n'est certes pas le confort qu'il trouve dans l'asile.

Mais c'est un parti pris, pour une certaine école, de rabaisser tout ce qui se fait en France, et d'exalter tout ce qui vient de l'étranger. A entendre quelques-uns de nos jeunes et distingués confrères, la psychiatrie française est en pleine décadence. Nous n'avons su faire aucun progrès ; alors que le monde marchait autour de nous, nous sommes restés figés dans nos vieilles traditions. Nous ne connaissons, disent-ils, que les murs de l'asile et le travail, la camisole et la cellule! Notre

Digitized by Google

thérapeutique est celle *des bras croisés*, la *thérapeutique paresseuse* ! Et pour nous prouver notre infériorité, ils se font donner mission sur mission ; ils vont en Ecosse, en Angleterre, en Allemagne, etc., car partout il est agréable de voyager et de s'instruire, et ils en reviennent avec de volumineux rapports qui prouvent combien on est en avance sur nous! Il est loin de ma pensée de diminuer le mérite des autres pays : il faut signaler et accepter le progrès, d'où qu'il vienne. Mais encore faut-il démontrer que ce progrès est réel. S'il demeure établi qu'en France nous ne savons pas, ou nous ne savons plus (en admettant que nous l'ayons jamais su?) traiter les aliénés, il est naturel que l'on aille chercher les méthodes employées à l'étranger, et que l'on nous donne comme le dernier mot du progrès. Avant de les admirer comme il convient, il me sera permis cependant de les examiner d'un peu près : c'est ce que je vais faire pour la méthode des *bains permanents*, connue depuis des temps lointains, mais renouvelée et singulièrement amplifiée de nos jours (1).

III

Je crois que de toute éternité on a employé le bain dans le traitement de la folie, et surtout de la folie aiguë. En présence d'un aliéné agité, on a dû se dire que, pour le calmer, rien ne serait mieux que de le tremper dans l'eau tiède ou chaude, et ce mode de traitement s'est perpétué de génération en génération. Mais ce n'a jamais été que de l'empirisme, et aujour-

(1) Tout ce qui se rapporte aux bains permanents a été l'objet d'une communication de ma part au Congrès de Rennes (août 1905), à l'occasion du remarquable rapport de M. le Dr Pailhas : « Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales. »

Digitized by Google

d'hui même, si nous constatons que le bain produit des effets favorables, nous ne savons trop ni pourquoi ni comment. A une certaine époque, on a eu l'idée que le bain agirait d'autant mieux qu'il serait plus prolongé, et on l'a prescrit d'une durée de plusieurs heures, exceptionnellement même de toute une journée. Combien ces essais, auxquels se rattachent les noms de Türck, de Brierre de Boismont, de Bonnefous (de Leymes), etc., sont timides, comparés à ce que l'on fait aujourd'hui ! Car on donne maintenant des bains permanents, prolongés jour et nuit, pendant des semaines et des mois !

J'avoue que, la première fois que j'en ai entendu parler, je me suis refusé à y croire. Rien cependant n'est plus vrai. Notre confrère, M. le Dr Sérieux, a vu, lui-même, à la clinique d'Heidelberg, dans le service du professeur Kraepelin, des aliénés agités tenus au bain depuis six mois, un an, depuis dix-huit mois ! sans interruption (1) !

Comment ces malheureux supportent-ils un séjour aussi prolongé dans l'eau ?

Assurément tout est prévu et combiné pour leur rendre la vie agréable. Ils ont la satisfaction d'être dans de belles baignoires émaillées ; on veille à ce que l'eau soit maintenue à une température constante, — et l'on sait que rien n'est plus facile ; — chaque fois que l'eau est souillée par les déjections, elle est remplacée aussitôt ; pour que le patient puisse dormir, on lui met sous la tête un coussin de caoutchouc. Enfin, autour de la baignoire, il y a en permanence un nombre suffisant d'infirmiers expérimentés, doux, patients, vigilants, aux manières persuasives (nous savons par expérience

(1) Sérieux. L'Assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. Rapport au Conseil général de la Seine, Paris, 1903, p. 222, et *Revue de psychiatrie*, 1903.

Digitized by Google

combien il est facile de recruter des infirmiers pareils !), dont l'influence est telle que l'aliéné reste dans sa baignoire, sans qu'il soit besoin de lui mettre un couvercle, même en toile ; une simple alèze suffit.

Pourtant il doit exister quelques petits inconvénients, car, même en fait de bains permanents, la perfection n'est pas de ce monde. Ainsi on nous apprend que, pour empêcher la macération de l'épiderme, on enduit les mains et les pieds d'un corps gras. Il y a quelquefois des escarres ; pour les éviter, on tend une toile au fond de la baignoire. Il peut arriver que l'aliéné tombe en syncope : on y remédie par des injections de caféine. Enfin il faut reconnaître que, malgré tout le charme de cette vie aquatique, certains aliénés ne se plaisent pas dans leur baignoire, et font effort pour en sortir. Mais les infirmiers veillent ; par des arguments sans réplique, ils persuadent au malade de se tenir tranquille, et quand d'aventure, nous trouvons chez lui sur différentes parties du corps, et principalement aux bras, des ecchymoses et des traces de contusions, nous avons là les preuves visibles de leur active sollicitude. Au besoin, pour calmer l'agitation, une bonne dose d'hyoscine, ou d'un autre stupéfiant, et voilà le calme revenu. Je m'imagine que, soumis à ce régime, le patient doit se sentir complètement discipliné, qu'il accepte son sort avec résignation, — que dis-je ? avec plaisir ! et qu'il n'ose faire un mouvement, sans observer d'abord, d'un œil craintif, la physionomie de ceux qui veillent sur lui.

Voilà, certes, une médication admirable, mais qu'elle agit lentement ! Si, après dix-huit mois, elle n'a pas ramené le calme chez un aliéné agité, je me demande si l'on ne serait pas arrivé au même résultat en ne faisant aucun traitement, en laissant le malade s'ébattre à son aise, en pleine liberté ! Il y aurait gagné.

Digitized by Google

Aussi bien, quand on nous vante les effets de cette cure, on ne parle pas des guérisons. Mais on nous dit avec conviction « que nulle médication ne donne, pour les paralytiques excités, les maniaques, et pour certains catatoniques agités, des résultats pouvant être comparés à ceux du bain permanent ! Grâce à ce traitement, on peut éviter l'isolement cellulaire ; on ne voit plus de malades déchireurs (!), barbouilleurs (!). On n'a plus besoin de vêtements indéchirables, de souliers à fermeture spéciale... » Voilà ce que dit le promoteur de la méthode, M. le professeur Kraepelin. Il ajoute : « Au début, il est parfois assez difficile d'obtenir que l'agité reste au bain ; mais par l'emploi de l'hyoscine, du sulfonal, pendant les premiers jours, on obtient qu'il y reste volontiers (1). »

J'avoue qu'à la lecture de ces lignes, j'ai cru d'abord à une plaisanterie, quoique, en si grave matière, la plaisanterie ne soit pas de mise. Mais vraiment, faire macérer un aliéné tout nu dans une baignoire, l'y tenir claquemuré, au besoin l'abrutir par un stupéfiant quelconque, et admirer ensuite qu'il ne déchire pas ses vêtements, qu'il ne barbouille pas le plancher ou les murs d'une cellule, qu'il n'exerce pas ses instincts destructeurs, n'est-ce pas d'une ironie tout à fait supérieure ?

Que l'on s'étonne après cela, que « depuis l'organisation du bain permanent, la section des agités ait changé de physionomie ; qu'on n'y voie plus de paillasses ou de matelas déchirés, de malades complètement dépouillés de leurs vêtements, et exposés aux refroidissements, de cellules souillées de matières fécales, etc. (2). »

---

(1) Sérieux, *loc. cit.*, p. 222, et *Revue de psychiatrie*, 1903, p. 314.
(2) *Ibid.*, p. 222 ; *ibid.*, p. 315.

Digitized by Google

C'est le contraire qui m'eût paru extraordinaire. Et je ne nierai pas que, pour la tenue de l'asile, il n'y ait là un progrès. Mais l'aliéné lui-même, qu'y a-t-il gagné?

On devrait nous l'apprendre, car, dans un asile, c'est le souci de l'aliéné qui prime tout.

Voilà donc cette méthode, tant vantée, des bains permanents, d'autant plus vantée qu'elle nous vient de l'étranger. On ne nous dit pas dans quelle proportion elle guérit ses victimes. Mais ce que je ne puis concevoir, c'est que, parmi ses admirateurs, elle compte beaucoup de nos distingués collègues, que le mot seul de *camisole* ferait tomber en pâmoison, et qui se déclarent les champions intransigeants du *no-restraint*. La camisole, pour eux, n'est qu'un vestige des temps barbares ; à peine si on ose en prononcer le nom. Et ils trouvent tout naturel que l'on inflige à un malheureux aliéné le bain permanent qui, à mon sens, est le *restraint* le plus abominable que l'on puisse imaginer, cent fois plus abominable que la camisole. Car de la camisole, quoi qu'on en dise, nul n'a jamais songé à faire une méthode de traitement : on ne la met aux aliénés que lorsqu'il le faut absolument, pour les protéger contre eux-mêmes ou pour protéger leur entourage. Jamais, je pense, aucun médecin n'aurait laissé un malade encamisolé pendant dix-huit mois sans interruption. Comparez le malheureux agité à qui l'on met une camisole en toile souple, qui ne gêne ni la respiration ni la circulation, dont l'unique effet consiste à le priver de l'usage de ses mains et de l'empêcher de commettre des actes de violence, mais qui permet tous les autres mouvements, — comparez, dis-je, cet aliéné qui peut aller, venir, s'ébattre au grand air, au milieu des autres malades, à son compagnon condamné à vivre dans une baignoire où ses mouvements sont forcément très limités ; baignoire placée dans une salle peu

Digitized by Google

éclairée, dans une atmosphère humide, empuantie par les déjections des autres malades soumis au même régime (il y a généralement 4 à 6 baignoires par salle), et dites quel est le plus à plaindre! Voyez encore une dernière inconséquence : alors que l'on condamne avec la dernière sévérité la camisole et la cellule, on s'empresse de donner l'illusion de la cellule à celui qui est dans le bain, en entourant sa baignoire de paravents qui l'isolent entièrement!

IV

Telle est, dans ses traits généraux, la méthode du *bain permanent* dans laquelle nous devons voir un progrès considérable. Elle n'est pas la seule qu'il faille admirer. Il y a encore celle de l'*alitement*, c'est-à-dire du repos au lit « indiquée, nous dit-on, dans toutes les psychoses aiguës (1). »

Nous avons donc, pour traiter les aliénés agités, deux méthodes, excellentes toutes deux, le bain permanent et le repos au lit. Mais ces deux méthodes, si différentes entre elles, sont-elles applicables aux mêmes cas? Un aliéné agité peut-il être indifféremment maintenu dans l'eau ou condamné au lit? C'est là ce qu'il serait important de savoir et ce que l'on ne nous dit pas.

Le traitement par le repos au lit n'est pas si nouveau qu'on paraît le croire. De tout temps, nous avons eu dans nos asiles des aliénés à qui nous faisions garder le lit sans qu'ils y fussent contraints par quelque maladie incidente. L'idée nouvelle a été de faire de ce traitement une panacée, applicable à tous les cas. Et l'on nous dit que, grâce à cette méthode, nos asiles ressembleront

(1) Sérieux, *loc. cit*, p. 312.

Digitized by Google

enfin aux hôpitaux ordinaires. Je crains que ce ne soit là une illusion. Dans une salle d'hôpital, nous avons des malheureux dévorés par la fièvre, s'ils ont une affection aiguë, épuisés par quelque lésion organique, s'ils sont minés par un mal chronique. Où est l'analogie avec nos aliénés, qui n'ont ni fièvre, ni mal physique, dont, au contraire, les fonctions organiques s'exécutent normalement? Les malades des hôpitaux restent couchés parce qu'ils ne supporteraient pas de rester levés. Les aliénés auxquels on impose l'alitement arrivent à s'y faire, grâce à ces moyens de persuasion qui font trouver du charme à vivre dans une baignoire. Outre les gardiens vigilants qui veillent à leur chevet, il y a encore la ressource des médicaments stupéfiants, qui réussissent si bien à abrutir le patient et à le faire rester tranquille.

On a fait, et je crois avec raison, de nombreuses critiques à cette pratique de l'alitement forcé. Bien des médecins en ont signalé les inconvénients. Ils sautent aux yeux, et je ne veux pas m'y arrêter. Même le grand avantage qu'y trouvent les promoteurs de la réforme me paraît tout à fait illusoire. On prétend, en effet, que « dans les psychoses aiguës il y a nécessité pressante du repos du cerveau et de l'organisme tout entier (1) ». En admettant que ce soit là l'indication essentielle du traitement, on reconnaîtra que le moyen employé pour obtenir ce repos est bien mal choisi. Que l'on se mette, en effet, à la place de ce maniaque agité qui a un irrésistible besoin de mouvement, qui veut aller, venir, dépenser ses forces, et que l'on condamne à rester immobile dans son lit! Il sera dans un état d'irritation, de révolte continuel : « On aura beau lui imposer le repos physique, il n'aura pas le repos moral, et

(1) Sérieux, *loc. cit.*, p. 312.

Digitized by Google

dès lors le repos physique sera sans effet (1). » Je ne serai pas étonné le jour où on viendra nous citer avec admiration des aliénés agités maintenus au lit pendant des semaines et des mois! Et je dirai de l'alitement forcé ce que je disais du bain permanent, que c'est un *restraint*, et un restraint cent fois plus pénible que tous ceux que l'on reproche avec tant de sévérité à nos devanciers.

Il y aurait un moyen bien simple et bien facile de nous prouver l'excellence des traitements qu'on nous vante : ce serait de nous montrer, par des chiffres indiscutables, qu'ils guérissent mieux que nos devanciers ne savaient le faire. On se garde bien de nous donner des statistiques. Et, au contraire, si nous ouvrons au hasard les journaux de la spécialité qui se publient dans d'autres pays, en Allemagne, par exemple, si nous lisons les revues de psychiatrie, si nous suivons les discussions des sociétés savantes, toujours et partout nous entendons les mêmes plaintes : « Nos asiles sont de plus en plus encombrés! » Or, cet encombrement ne peut se produire que par l'afflux des aliénés incurables, et s'il y a un si grand nombre d'incurables, il faut bien reconnaître que la thérapeutique la plus savante, celle que nous devons admirer à moins de passer pour des esprits rétrogrades, est tout aussi impuissante que les vieilles méthodes de nos pères. Peut-être alors faudra-t-il en revenir à cette idée que l'on me reproche, — que la plus grande partie des aliénés sont incurables par essence, et qu'avec eux il y a plus à soulager qu'à guérir. Mais vraiment y a-t-il lieu de jeter la pierre à la psychiatrie française ?

---

(1) Dr E. S. Lévy, au Congrès français de médecine, 1904.

Digitized by Google

V

Je pourrais continuer cette revue ; mais il serait sans sans grand intérêt d'énumérer tous les remèdes empruntés à la matière médicale, que nous employons tout comme nos voisins, et, je pense, avec le même succès. Je me reprocherais cependant de ne pas signaler encore une innovation, dont on nous promet de merveilleux effets, et que je cite d'autant plus volontiers, qu'on peut en attribuer la paternité à d'éminents confrères français, au moins autant qu'à des étrangers : c'est la suppression de l'alcool aux aliénés ! L'alcool, dans l'espèce, ce sont les quelques centilitres de vin que l'administration alloue à chaque repas à ses pensionnaires. Jusqu'à ce jour nul n'avait pensé que ce pût être un danger pour des gens habitués dès l'enfance à boire du vin, et ceux même qui veulent qu'on ne donne plus à nos aliénés que de l'eau et du lait n'ont pas pu nous montrer en quoi le vin, en aussi petite quantité, pouvait être nuisible. Il est probable que si les adorateurs de l'eau et du lait avaient vécu il y a quarante ou cinquante ans, à une époque où l'alcool était la panacée universelle, ils en auraient au contraire vanté les bons effets, et se seraient plaints qu'on ne le donne aux aliénés, affaiblis et débilités, que d'une façon trop parcimonieuse !

VI

J'ai essayé de démontrer que la thérapeutique nouvelle, qu'on prône avec fracas, et dont le grand mérite est de venir de l'étranger, est beaucoup moins nouvelle qu'on ne veut nous le faire croire : toutes les méthodes qu'on énumère sont anciennes, et nous les connaissions. Il est vrai qu'elle nous reviennent exagérées,

Digitized by Google

mais non pas améliorées, et même, si je voulais d'un mot résumer mon opinion, je dirais : « Ce qui est bon n'est pas nouveau, et ce qui est nouveau...? »

Je sais qu'en m'exprimant ainsi, je passerai aux yeux de nos novateurs, — seuls, en possession de la vérité, — pour un esprit rétrograde, fermé au progrès, misonéiste ! On fera peut-être de moi l'éloge que certain père, médecin lui aussi, faisait de son fils : « Il s'attache aveuglément aux opinions de nos anciens, et jamais il n'a voulu comprendre ni écouter les raisons et les expériences des prétendues découvertes de notre siècle (1). » Ce serait une erreur, car je me flatte au contraire d'être un ami passionné de tout progrès. Mais je ne crois pas que le progrès consiste à faire table rase du passé ; je crois que si nous sommes quelque chose, nous le devons à ceux qui nous ont précédés, et dont le mérite est d'autant plus grand, qu'ils ont eu à lutter contre des difficultés que nous n'avons pas connues, grâce à eux. Notre devoir est de garder cet héritage, de l'agrandir et de l'améliorer. Mais pour cela, besoin n'est pas de chercher des exemples au loin : nos médecins aliénistes valent ceux des autres pays; grâce à eux, la psychiatrie française supporte la comparaison avec toutes les autres, quelles qu'elles soient.

---

(1) Molière. *Malade imaginaire*, acte II, scène VI.

Digitized by Google

Revue critique.

PHYSIONOMIE ET MIMIQUE
CHEZ LES ALIÉNÉS

Par le Dr Armand LAURENT

Ancien médecin en chef
des asiles publics de Marseille et de Fains (Meuse),
Membre correspondant de la Société médico-psychologique.

« Le coup d'œil médical est l'art de « voir dans un ensemble de phénomènes « une foule de détails, là ou d'autres « ne voient que des généralités, où par- « fois ils ne voient rien du tout. »

J. Guislain (*Leçons orales sur les phrénopathies*, t. I, 1852.)

I

Sous le titre *La Mimique* (1), M. Edouard Cuyer, professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole nationale des Beaux-Arts de Paris, a publié, dans la *Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale*, un volume qui a pour objet l'étude de « l'expression (volontaire ou « involontaire), la traduction au dehors des actes psy- « chiques (idées et sentiments) ». Ce sujet intéresse à n'en pas douter la psychiatrie ; et c'est pour parler plus spécialement de cette question, au point de vue de cette partie de l'art médical, que je viens, peut-être un peu tard, analyser cet ouvrage.

(1) *La Mimique*, par Edouard Cuyer, professeur suppléant d'anatomie à l'Ecole nationale des Beaux-Arts (Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale normale et pathologique, 1 vol. in-18 jésus, avec 75 figures dans le texte). Paris, O. Doin, éditeur, 1902.

Digitized by Google

Sans rien enlever aux idées qui appartiennent en propre à l'auteur, notons que ce volume a su mettre à profit les savantes leçons d'un des professeurs les plus éminents de la Faculté de médecine de Paris, M. le Dr Mathias Duval, dont M. Ed. Cuyer était le suppléant à cette époque. De nombreuses figures, dessinées avec talent par ce dernier, servent de point d'appui aux descriptions physionomiques et mimiques. Parmi elles sont un certain nombre de schémas dus au maître que j'ai nommé.

« Que la mimique soit ou non associée à la parole, « qu'elle soit volontaire ou déterminée d'une manière « inconsciente par les émotions que ressent l'individu, « par les passions qui l'agitent, les besoins qu'il « éprouve, les instincts auxquels il est soumis, les « moyens d'expresion, étant semblables, peuvent-être « étudiés simultanément. Ce sont ces moyens, c'est « leur mécanisme, c'est leur raison d'être » que, dans ce livre, l'auteur a l'intention d'analyser.

M. Ed. Cuyer poursuit son étude successivement d'après deux plans distincts constituant deux parties :

1° *Analytique*, où il étudie séparément les mouvements possibles et signale à quelles émotions correspond chacun de ces mouvements ;

2° *Synthétique*, où il expose pour chacune des émotions ou passions tous les moyens que l'individu emploie volontairement ou involontairement pour les exprimer. Cette synthèse est le groupement des faits étudiés dans la partie analytique.

L'auteur s'est appliqué à décrire plus particulièrement la représentation des mouvements naturels ou instinctifs. Il distingue ceux acquis par l'éducation ou par des études spéciales, tels que certains gestes oratoires qu'il considère comme *conventionnels*. Il se borne à mentionner ces derniers, sans les analyser.

Mais il y a aussi une catégorie de mouvements exécutés qui subissent l'influence du mode d'existence de l'individu. Ainsi, pour marcher ou se déplacer, pour saisir les objets, etc..., on constate des différences qui dépendent de l'état mental et de l'action des milieux divers de la vie humaine. Il y a lieu de séparer les mouvements qui, par leur nombre, ainsi que par leurs nuances

Digitized by Google

délicates, caractérisent la supériorité de l'homme sur les animaux.

M. Ed. Cuyer tient à établir une distinction très nette entre : 1° l'étude de la configuration de la face et des caractères de forme qu'elle présente dans son ensemble et dans ses détails, tous signes qu'il qualifie de *permanents*, et 2° l'étude de la physionomie à l'*état actif*, c'est-à-dire subissant des *modifications temporaires* sous l'influence des diverses émotions et de sensations temporaires également.

Sans repousser les observations physiognomoniques d'une façon absolue, l'auteur a concentré son attention sur la physionomie à l'état d'activité. C'est à cause du rapport qui existe si fréquemment entre la physionomie et le caractère qu'il a pensé être utile aux artistes, en composant ce livre.

Dans l'énumération historique des principaux auteurs qui se sont occupés de la physionomie, M. Ed. Cuyer a eu surtout à cœur de faire ressortir les services rendus par Duchenne (de Boulogne), à l'aide de la méthode expérimentale. Jusqu'à ce dernier, l'observation, quoique soigneusement mise à contribution, n'avait pas donné des résultats aussi satisfaisants qu'on le désirait. Seule, elle était trop subordonnée à une interprétation susceptible de variations, par suite d'idées préconçues et d'illusions déterminées par certaines apparences, et cela, faute de données anatomiques et physiologiques suffisantes.

La dissection d'abord, puis l'application de l'électricité ont conduit Duchenne (de Boulogne) à découvrir l'existence de muscles qui n'étaient ni classés, ni dénommés, et à constater que la continuité fibrillaire des muscles de la face, à laquelle l'anatomie même la plus délicate avait laissé croire, n'était qu'une illusion. L'électro-physique a permis ensuite d'agir isolément sur un certain nombre de faisceaux musculaires et de reconnaître quelle part fournissait à l'expression physionomique la contraction de tel ou tel muscle. Quelles que soient les objections qu'on a émises sur la valeur des résultats obtenus par cette méthode, la critique ne saurait rien enlever à l'importance de la simplification qu'elle a apportée dans l'étude de la physionomie.

Digitized by Google

M. Ed. Cuyer nous mentionne une troisième méthode, mise tout particulièrement en pratique par A. de Rochas. Ce dernier a étudié les expressions faciales et les attitudes correspondantes, en recourant à la suggestion chez les sujets en état d'hypnose. C'est en suggérant tel ou tel sentiment qu'il a réussi à faire prendre les poses souvent les plus frappantes de vérité.

Ce chapitre historique intéressant est terminé par l'exposé de l'interprétation que Ph. Tissié a donnée des deux grands groupes de gestes qu'il admet : 1° *gestes en extension*, traduisant l'affirmation du moi dans l'effort pour la vie ; 2° *gestes en flexion*, caractérisant l'abaissement du moi avec atténuation de l'effort pour la vie. D'après cet observateur, ces deux tendances opposées se manifesteraient dans les centres psycho-dynamiques cérébraux, dès le début de la vie active intra-utérine, sous la forme : 1° impressions de *pression forcée en flexion* et 2° impressions de *détente en extension*. On retrouverait dans le neurone la confirmation de ces deux tendances qui produiraient ainsi la *tonicité* et l'*atonie*.

Tout en montrant, dans ces considérations préliminaires, sous quels aspects principaux avait été envisagée l'étude de la physionomie et en indiquant les moyens auxquels on avait eu recours pour cette étude, M. Ed. Cuyer s'est tenu à l'écart de la discussion théorique qu'aurait pu susciter l'examen des doctrines qui, pour interpréter les mouvements musculaires d'expression, ont dirigé les auteurs qu'il a cités.

Mon intention n'est pas de suppléer à cette lacune. Je signalerai toutefois que Ch. Darwin, une des sources principales de l'auteur que j'analyse, dans sa description remarquable de l'expression des émotions, s'est, lors de leur interprétation, bien plus préoccupé de satisfaire à sa théorie de l'évolution qu'à l'étude intrinsèque des mouvements appartenant plus particulièrement à l'homme considéré comme individualité. Il me paraît opportun de faire observer qu'à cet égard A. Weisman (1)

(1) A. Weisman. *Essai sur l'hérédité et la sélection naturelle*, traduction française, 1892.

Digitized by Google

et Th. Meynert (1) ont cru devoir faire certaines restrictions. Les neuropathologistes sont d'accord pour reconnaître que le rôle important que, chez l'homme, joue, dans les processus intellectuels, le langage avec ses concepts, résulte d'une constitution anatomique cérébrale que l'animal n'a pas atteint. Les trois principes posés par Ch. Darwin ont été l'objet de la critique de Wundt, de L. Dumont, de Th. Piderit, de Mantegazza, de Sergi, etc.

Tenant à décrire aussi nettement que possible les manifestations expressives fournies par la face, M. Ed. Cuyer a consacré un chapitre à la description anatomique des différents muscles de la tête en ayant soin d'en donner les dessins.

Je crois bon d'ajouter que, si l'homme a la plupart des muscles de la face communs avec beaucoup d'animaux supérieurs, il semble en posséder lui appartenant exclusivement. C'était là l'opinion de Charles Bell. D'ailleurs, quand il s'agit de la physionomie, on ne doit pas perdre de vue les variations musculaires. L'auteur nous signale à ce sujet le traité de A.-F. Le Double (1897) et les constatations faites antérieurement par Théophile Chudzinski de la réunion de certains petits muscles dans les races inférieures. Ce dernier auteur a fait savoir par l'anatomie du nègre (1873) que, comparés aux muscles analogues du blanc, les muscles de la face présentent chez le nègre un développement énorme. La plupart de ces muscles s'anastomosent entre eux d'une façon presque inextricable. Le mélange de leurs fibres établit entre eux une solidarité qui nuit beaucoup à l'expression de la face. M. Ed. Cuyer, en disséquant les muscles faciaux chez le singe, a pu confirmer ce même fait important.

Je ne suivrai pas dans leurs détails divers chacun des chapitres dans lesquels est faite successivement par région l'analyse des mouvements expressifs (région de l'œil, région du nez, région de la bouche, région de l'oreille). Néanmoins il est essentiel, à propos de la région de l'œil, de reproduire la remarque suivante, qui

(1) Th. Meynert. Psychiatrie. *Clinique des maladies du cerveau antérieur*, traduction française, 1888.

Digitized by Google

intéresse tout particulièrement le sujet que je traite :

« Lorsque l'élévation de la paupière supérieure a lieu « d'une façon énergique, l'ouverture palpébrale étant « fortement dilatée, le globe oculaire est mis largement « à découvert, de telle sorte que le blanc de l'œil, la « sclérotique, devient plus ou moins visible au-dessus « de la cornée.

« L'expression qui est donnée par cette exagération « d'étendue de l'ouverture palpébrale est *celle de la « folie.* »

Sont traités ensuite les mouvements d'ensemble de la tête (inclination, projection et rotation).

Les attitudes du tronc dans son ensemble sont suivies de l'énumération de celles des membres supérieurs où la main surtout donne lieu à des développements que secondent des figures bien appropriées. L'étude des membres inférieurs n'est pas faite avec moins de soin. Il y fait remarquer que l'indépendance de chaque muscle, au point de vue expressif, tend à s'amoindrir de plus en plus à mesure qu'on s'éloigne de la tête.

Dans cette partie analytique, qu'accompagne au fur et à mesure une interprétation judicieuse, M. Ed. Cuyer nous signale les tentatives qu'il a faites pour reproduire volontairement un certain nombre de mouvements musculaires faciaux. Il appelle notre attention sur les manifestations particulières auxquelles donnent naissance certains états de contrainte. Le voisinage d'une région transformée par une expression quelconque semble donner, par une sorte de reflet, un aspect différent aux régions qui l'entourent. Il indique des contrastes bien intéressants. J'estime qu'il convient d'en tenir compte pour l'étude de la physionomie chez l'aliéné. C'est pourquoi je crois devoir signaler la copie d'une photographie empruntée à Duchenne (de Boulogne), représentant la face d'une femme dont la moitié gauche de la bouche exprime le rire, tandis que le côté droit exprime le mépris. « Si voilant ce dernier on ne laisse « visible que le côté qui rit et que l'on examine les « yeux, il paraît de toute évidence que ceux-ci sont « souriants, c'est-à-dire qu'ils se sont mis en accord « avec l'expression agréable dont le siège véritable est, « dans cet exemple, situé uniquement au niveau de la

Digitized by Google

« bouche. Si l'on masque ensuite le côté gauche (rire) et « qu'on mette à découvert le côté droit (mépris), alors « les yeux deviennent froids, sévères ; tout à l'heure, ils « étaient d'un aspect aimable et accueillant, maintenant « ils ont pris une expression tout opposée. Et pourtant « la bouche seule a été modifiée (page 40). »

Les mouvements mimiques volontaires qu'il nous fait connaître nous prouvent que bien des mouvements peuvent se produire sous la puissance de la volonté ou contredire cette volonté, nuisant à l'expression normale du mouvement réflexe, issu naturellement du sentiment.

Je citerai pour exemple certaine expression *particulièrement moqueuse*, produite par l'obliquité du sourcil en haut et en dehors, sans déplacement de l'extrémité interne. Ce fait me rappelle une expression analogue que feu le Dr Dumesnil, médecin en chef, directeur de l'asile public d'aliénés de Quatremares (Seine-Inférieure), constatait chez certains malades et désignait sous le nom *d'air malin*.

On trouve dans le mémoire de Damerow (1) quelques détails sur ces antithèses.

Ces mouvements volontaires qui interviennent dans certains cas me paraissent le résultat d'une excitation particulière, plus ou moins localisée. Ils peuvent ensuite se transformer en mouvements involontaires, d'une manière plus ou moins constante.

La deuxième partie (partie synthétique) aurait certainement gagné à commencer par un coup d'œil d'ensemble préliminaire sur les émotions et les sentiments, en prenant pour base les lignes principales qui correspondent aux phénomènes sensitifs fondamentaux. Le rapprochement, avec ces lignes principales, d'agencements plus ou moins complexes, en nous donnant leur signification par la vivification qu'imprime le mode de réunion, pouvait, à l'aide de la forme, au lieu de l'examen introspectif, nous conduire de la connaissance des directions capitales de la sensibilité à celle des subdivisions de ces directions, c'est-à-dire au classement des nuances

(1) Damerow. Ueber die Grundlage der Mimik und Physionomik als freier Beitrag zur Anthropologie und Psychiatrie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1860.

Digitized by Google

émotives ou sentimentales. Constituant ainsi des groupements, cette manière de faire permettait de se rendre compte d'un certain nombre de combinaisons dépendantes d'états physiologiques inséparables.

Malgré des tentatives nombreuses, la classification des émotions et des sentiments est encore à l'état de *desideratum* (1). Aussi comprenons-nous que M. Ed. Cuyer ait laissé le soin d'élaborer la solution de ce problème aux auteurs (2) qui, dans cette Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale, se sont réservé les questions spécialement psychiques. C'est pour ce motif qu'il s'est borné à suivre l'ordre alphabétique, comme dans un vocabulaire, en renvoyant aux figures déjà fournies pour l'analyse de chacun des éléments physionomiques de la face et des attitudes corporelles. Quoi qu'il en soit, cette synthèse de toutes les expressions extériorisant les différents sentiments envisagés particulièrement ne laisse pas de compléter très heureusement la partie analytique, qui fait surtout reconnaître la compétence réelle de l'auteur.

II

J'ai hâte d'arriver à l'étude de la physionomie et de la mimique chez l'aliéné. M. Ed. Cuyer a consacré fort peu d'espace à cette partie du sujet. Il s'est borné à reproduire un tableau qui représentait comparativement les caractères généraux des mouvements expressifs chez l'homme sain d'esprit et chez l'aliéné, sans rien dire du signe qu'il avait indiqué (page 131) et qu'il avait décrit comme donnant l'expression de la folie.

Cette citation, empruntée à une thèse de la Faculté de médecine de Lyon (3), est absolument insuffisante pour donner la moindre idée de ce que fournissent à

(1) Th. Ribot. *La Psychologie des sentiments*, chap. X. — J. Rauh. *De la méthode dans la psychologie des sentiments*, chap. VI.

(2) Sergi. *Les Émotions*. Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale, 1901.

(3) G. Dupuis. Essai sur les mimiques voulues. *Thèse* de Lyon, 1897.

Digitized by Google

l'œil de l'observateur la physionomie et la mimique de l'individu atteint de folie. Car nous ne devons pas oublier qu'il s'agit tout particulièrement d'expressions d'ensemble ou *synopsies*, où apparaissent les symptômes physionomiques caractérisant ce que nous appelons *formes vésaniques*. C'est dans ces synopsies que sont contenus les éléments essentiels à la connaissance de l'état psychique, qui constitue chacune de ces formes.

La connaissance de l'expression physionomique dans les manifestations diverses du délire n'est pas sans utilité pour le perfectionnement de l'art du peintre. A. Tebaldi, dans un chapitre consacré à l'expression du délire dans l'art (1), a soin de nous dire que « les « peintres éminents visitaient les asiles de fous, pour « reproduire dans un plus éloquent langage quelques « pages du cœur humain. L'Anglais William Hogarth, « à qui l'on doit un tableau merveilleux et de nom- « breuses études de déformation de la figure humaine, « était toujours dans les murs de Bedlam, à Londres, « quand cet asile avait l'aspect d'un cachot ». Je ne m'arrêterai pas davantage à montrer que, dans un ouvrage destiné aux artistes, M. Ed. Cuyer a, par conséquent, commis une lacune.

L'étude de la physionomie et de la mimique constitue une partie très considérable de la séméiotique des maladies mentales. Th. Meynert, dans l'avant-propos de sa *Clinique des maladies du cerveau antérieur*, exprime que l'on dédaigne trop, pour le diagnostic, l'importance des phénomènes physionomiques ; E. Morselli (2) l'a parfaitement compris et lui a consacré une place très large et méritée. Il fait remarquer toutefois, à propos des *éléments constitutifs de l'expression dans les maladies mentales*, qu'il ne suffit pas de s'en tenir à la contraction des muscles faciaux, mais que nous devons nous guider sur la synthèse de tous les effets réactifs accessibles à l'observation, car, dans une expression donnée, la face entière et même le corps entier jouent

(1) Aug. Tebaldi. *Fisonomia ed espressione nelle loro deviazioni*, avec un atlas, 1884.

(2) Enrico Morselli. *Manuale di semeiotica delle malattie mentali*, 2 vol., 1895, Gênes.

Digitized by Google

un rôle pour exprimer l'état d'âme du sujet. C'est ainsi que les attitudes (mouvements généraux du corps) et les gestes (mouvements partiels des membres) en font essentiellement partie. Je ne saurais trop mettre en relief cette manière de voir, que déjà, en 1845, Calmeil (1) avait très nettement définie, en traitant du diagnostic médico-légal de la folie.

Cette étude nous renseigne sur les émotions et les sentiments ressentis par le sujet soumis à l'observation, qu'il s'agisse de mouvements dépendants ou de mouvements indépendants de la volonté. Elle nous instruit sur les modifications subies par l'action psychique, à laquelle ils sont inhérents, ou mieux sur les conditions de cette action. Elle nous permet d'apprécier les mutations diverses qui apparaissent si fréquemment dans l'évolution morbide ; car il est peu de formes qui suivent leur cours d'une manière égale et sans revêtir quelques caractères qui semblent appartenir à d'autres. Elle nous indique la transformation dans le sens de la guérison ou dans le sens d'un état définitivement chronique et incurable, plus ou moins aggravé de détériorations physiques qui en constituent la base. Elle nous renseigne par conséquent sur la marche et le pronostic des maladies mentales. Plus on est exercé dans l'observation des aliénés et plus on reconnaît que la physionomie y a de l'importance. Paul Sollier (2) et bien d'autres sont absolument de mon avis. Comme moi, ils constatent qu'elle sert toujours à diriger dans l'interrogatoire et fait éviter bien des tâtonnements.

Mais les investigations relatives à la physionomie ont encore une utilité qui ressort peut-être davantage, quand le médecin aliéniste se trouve en présence de certains problèmes d'expertise médico-légale. Elles facilitent considérablement le travail de celui qui a à examiner s'il y a, oui ou non, simulation ou dissimulation. Dans cette revue critique, je laisserai de côté ces derniers aspects.

Qu'on veuille bien m'excuser de rappeler un mémoire

---

(1) Voir au dernier paragraphe la citation extraite d'un ouvrage de ce savant clinicien.

(2) Paul Sollier. *Guide pratique des maladies mentales*, 1893.

Digitized by Google

auquel j'attribuais quelque importance. J'étais convaincu que, parmi les idées énoncées dans cet opuscule, il y en avait une qui m'était particulière, celle d'avoir essayé d'analyser une représentation physique demeurée dans le vague et, pour ce motif, abandonnée en arrière des autres symptômes concomitants.

En juin 1862, j'ai présenté à la Société médico-psychologique de Paris un manuscrit intitulé : *De la physionomie chez les aliénés.* Il a été imprimé, l'année suivante, dans les *Annales médico-psychologiques* (mars et mai 1863). Le premier, en France, parmi les aliénistes, j'ai tenté un travail spécial sur ce sujet. Je n'ai pas à dissimuler que j'avais mis à profit ce qu'avant moi nos maîtres les plus éminents en aliénation mentale avaient dit dans leurs ouvrages (Esquirol, Guislin, Morel, etc...). Ce n'était toutefois qu'une ébauche sollicitant des observations et des développements complémentaires.

Comme a bien voulu le signaler Brierre de Boismont, dans le rapport qu'il a fait sur ma communication, je n'avais pu prendre connaissance des expériences de Duchenne (de Boulogne) et les utiliser. Les recherches de ce médecin (*Mécanisme de la physionomie humaine ou analyse électro-physiologique de l'expression des passions*) avaient été livrées à la publicité à l'époque même (1862) où mon mémoire était remis à la Société que j'ai nommée.

L'effort expérimental, véritablement considérable pour l'interprétation des mouvements faciaux, effectué par ces recherches, ne s'est réfléchi dans la clinique des maladies mentales qu'un certain nombre d'années après leur publication. Je m'étais promis de mettre au point, par un remaniement approprié, le mémoire de 1862. Mais, par suite de mon départ des asiles publics d'aliénés, en 1869, je me suis trouvé privé du champ d'étude qui pouvait me permettre d'établir, comme je le désirais, la preuve de mes idées sur l'examen direct d'un certain nombre de malades, en reproduisant des physionomies plus ou moins caractéristiques.

Il serait trop long de faire ici une énumération complète de ce qui, depuis cette époque, a été publié sur la physionomie chez les aliénés. Je me bornerai en ce

Digitized by Google

moment à mentionner les principaux travaux qui ont servi de base à cette revue. Il en sera cité d'autres chemin faisant.

A l'étranger, je citerai tout d'abord :

Al. Bain. Parmi ses importants ouvrages, tout particulièrement *Les sens et l'intelligence* (traduction 1874), un chapitre est consacré au jeu instinctif du sentiment, et les *Emotions et la volonté* qui lui fait suite (traduit 1883) ;

Henri Maudsley (*La pathologie de l'esprit*, 1867, traduit 1883) ;

Hack Tuke (*Le corps et l'esprit*, 1872, traduit en français par le Dr Victor Parant, en 1884) ;

Th. Meynert a fait suivre sa *Clinique des maladies du cerveau antérieur*, 1884, traduit en français en 1888, d'un important appendice : *Mécanisme de la physionomie* ;

A la même date (1884), Augusto Tebaldi, médecin du manicome de Padoue, a publié un ouvrage très bien fait, avec atlas, ouvrage spécialement consacré à la physionomie des aliénés (déjà cité précédemment) ;

En 1887, J. Sikorsky, professeur à l'Université de Kiew (Russie), a fait paraître un article important : *Die Bedeutung der Mimik für die Diagnose des Irreseins* (*Neurologisches Centralblatt*). Le même auteur a publié dans la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1893, un mémoire : *Des indices physionomiques de la démence apathique*, accompagné de plusieurs planches très démonstratives ;

Il convient de citer encore l'*Atlas der Geisteskrankheiten* (1902) du Dr A. Alber, ouvrage inspiré par le prof. R. Sommer, de Giessen, et ne contenant pas moins de 110 illustrations exécutées d'après les procédés photographiques du savant professeur de clinique psychiatrique que je viens de nommer.

En France, Victor Parant, dans son ouvrage : *La raison dans la folie*, 1888, rédige un chapitre spécial (VI) : *Des manifestations de l'intelligence dans la physionomie des aliénés* ;

A partir de 1887, *des leçons cliniques sur la physionomie chez ces malades* ont été faites à l'asile des aliénés de Bron, près Lyon, par le professeur Pierret. Ces leçons n'ont pas été imprimées, mais elles ont inspiré

Digitized by Google

un certain nombre de thèses pour le doctorat (1). On y remarque surtout le petit tableau dressé par ce professeur et résumant ce qui doit être l'expression des actes psychiques chez l'homme sain d'esprit et chez l'aliéné ;

Séglas, dans la troisième partie de l'ouvrage : *Des troubles du langage chez les aliénés* (1892, Bibliothèque Charcot-Debove), sous le titre *Troubles du langage mimique*, a résumé cette question d'une manière très substantielle ;

Jules Soury, dans le superbe ouvrage qu'il a publié : *Le système nerveux central, structure et fonctions*, 1899, a consacré une partie du chapitre : *Théorie des émotions*, à nous faire connaître le mémoire de Sikorsky, p. 1357 et suivantes, et les recherches expérimentales de von Monakow, Bechterew, etc.

Dans bien des traités généraux, il est fait mention de la physionomie, au chapitre symptomatologie (2).

Mais jusqu'à présent, ce sujet n'a été nulle part étudié avec le soin, l'ampleur et la richesse bibliographique que l'on constate dans le remarquable ouvrage du professeur Enrico Morselli, professeur de psychiatrie à l'Université de Gênes (ouvrage cité précédemment).

Enfin, je ne puis passer sous silence la thèse de M. Paul Farabeuf (3). Le jeune auteur de cette dissertation inaugurale paraît s'être appliqué surtout à combattre l'opinion personnelle principale que j'avais émise dans mon mémoire.

---

(1) Allard. *Contribution à l'étude des tics chez les aliénés*, 1886. — Louis Paret. *Essai sur le latéralisme chez les aliénés*, 1891. — L'homme. *Essai sur l'automatisme*, 1894. — Ch. Jourdin. *Essai sur les troubles de la mimique chez les paralytiques généraux*, 1895. — Ch. Dupuis (précédemment cité). — Georges Pautet. *La Mimique faciale, de l'hémi-mimie d'origine otique*, 1900.

(2) H. Dagonet. *Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, avec huit planches en photoglyptie, représentant 33 types d'aliénés, 1876. — Aug. Voisin. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et sur les maladies nerveuses*, 1883. — A. von Krafft-Ebing. *Traité clinique de psychiatrie*, traduit sur la cinquième édition allemande par le Dr Émile Laurent, 1897. — Féré. Séméiologie de l'aliénation mentale, dans le *Traité de pathologie générale* de Bouchard. — *Traité de pathologie mentale* publié sous la direction de Gilbert Ballet, 1903, etc.

(3) Paul Farabeuf. Contribution à l'étude de la physionomie chez les aliénés. *Thèse* de Paris, 1898.

Digitized by Google

Je crois devoir rappeler ici un reproche que feu le professeur Charcot faisait dans ses leçons cliniques à la Salpêtrière. Ce maître éminent, qui avait hérité de son père d'une véritable passion pour les arts, pour le dessin dans lequel il excellait, disait que les médecins ne s'appliquaient pas assez à l'étude des proportions de la forme du corps pour arriver à connaître les dimensions de chacune des parties et par cela même la disposition extérieure qui en provient. Il resulte de cette instruction insuffisante que les déformations, irrégularités, discordances, dyssymétries ou asymétries, etc... sont reconnues difficilement et même méconnues.

Déjà Guislain (1er volume de ses *Leçons orales sur les phrénopathies*), à propos de la physionomie chez les aliénés, insistait sur l'*oculus medicus*, résultat de l'observation et d'un certain travail préparatoire approprié qui permet de « voir dans un ensemble de phéno-« mènes une foule de détails, là où d'autres ne voient « que des généralités, où parfois ils ne voient rien du « tout ».

La connaissance du dessin rend à cet égard des services très grands. Après s'être exercé à la reproduction, dans leurs proportions normales, de certaines parties séparément, plus ou moins limitées, telles que l'œil, la bouche, le nez, le front, etc..., on obtient par la réunion de ces différentes parties et par l'examen de leur rapport normal un ensemble dont l'aspect, quand il s'agit d'expression physionomique, n'est pas uniquement une résultante dont la science anatomique puisse facilement expliquer tous les détails. Comme le dit Mantegazza (1), ne confondons pas l'anatomie des traits avec l'expression, avec les mouvements et la mimique qui engendrent cette expression. Néanmoins la constatation de la situation respective des dimensions des saillies et des sillons dans cette synthèse vivante, où se forment des contours, se grave progressivement dans notre esprit et imprègne le souvenir. C'est ainsi que le moindre changement dans les dimensions des parties constitutives et dans leur situation saute immédiatement à l'œil et décèle

(1) P. Mantegazza. *La Physionomie et les sentiments*, traduction 1885, p. 14 et 23.

Digitized by Google

une modification de l'expression harmonique de l'ensemble. Pourtant, je dois faire remarquer que, s'il faut bien peu de chose pour modifier une physionomie, ce serait une erreur de croire, malgré les travaux de Duchenne (de Boulogne), qu'un muscle unique suffit pour produire une expression sentimentale; il y a toujours une contractilité associée, résultant de l'action de l'influx nerveux sur les parties voisines, quelque minimes qu'elles soient.

Dans la question qui nous occupe en ce moment, la réalisation d'un *type* ou *canon* est une chimère. Ce type unique ne pourrait reproduire à la fois tous les caractères expressifs, susceptibles de répondre à toutes les facultés appartenant en propre à l'homme. Il est impossible de faire exprimer à une figure unique tout l'idéal réalisé par la nature humaine (1). D'ailleurs la superposition de tous ces caractères n'aboutirait qu'à l'indécision de la physionomie et conséquemment à l'insignifiance. N'est-ce pas une indécision analogue qui résulte des effets de la civilisation et qui caractérise l'homme civilisé ?

Les Grecs, renonçant à la représentation d'un homme-type, ont cherché à symboliser séparément chacune des fonctions humaines divinisées.

En disant que le type de l'aliéné se reconnaîtrait à certain syndrome physionomique morbide, que j'ai énoncé (voir plus loin au § III), il n'a jamais été dans mon esprit de chercher à démontrer qu'il existe un type, comme on a prétendu constituer un *canon* pour les formes humaines à l'aide d'une conformation moyenne. Je me suis expliqué sur ce point (*Annales médico-psychologiques*, 1863, t. I, p. 198) en disant que « le développement de telle ou telle partie de la face ne saurait « être adopté pour faire reconnaître la folie, car bon « nombre d'aliénés ont les parties de la figure bien « proportionnées », sans déformations morphologiques manifestes.

D'un autre côté, j'ai cru devoir citer l'expérience proposée par Lavater, d'ajuster trois parties découpées

(1) Sully-Prudhomme. *L'Expression dans les Beaux-Arts*, 1883, p. 309 et suivantes.

Digitized by Google

de trois figures différentes, bien plutôt comme un schéma démonstratif de la désharmonie qui existe plus particulièrement entre les traits formés par certaines parties mobiles de la face, que comme un fait morphologiquement exact. On peut s'en convaincre par la lecture de mon mémoire.

Comme le dit encore Sully-Prudhomme, dans l'ouvrage que je viens de citer, il faut à l'artiste une certaine aptitude à apercevoir les rapports des parties entre elles, à reconnaître le consensus harmonique de ces parties et à saisir les harmonies dans l'expression des sensations. Cette aptitude n'est pas moins nécessaire au médecin; car la médecine est aussi un art : *ars longa*, a dit le père de la médecine (Hippocrate, 1er aphorisme).

Si l'étude du dessin ne crée pas cette aptitude, elle contribue du moins beaucoup à la développer, en même temps qu'elle rend l'attention plus capable de distinguer facilement les menus détails. On parvient ainsi à discerner, au milieu de certains caractères d'ensemble, des particularités ou originalités faciales, tout aussi bien que des particularités ou originalités mimiques plus ou moins complémentaires, apparaissant dans les différentes régions du corps.

L'utilité de se familiariser avec la connaissance des formes du corps et de leurs proportions est d'autant plus manifeste, quand il s'agit des maladies mentales, qu'on est plus convaincu de la relation qui existe entre les sentiments et leur expression corporelle, que l'on sait que chaque sentiment a des signes particuliers et que les émotions ont chacune une physionomie distincte qui est pour ainsi dire incarnée dans une substance matérielle.

Le témoignage de cette relation qu'on a constatée à toutes les époques et dans tous les pays nous a été fourni surtout dans la seconde moitié du siècle dernier, grâce aux progrès des sciences physiques. Ces progrès ont donné lieu à l'application de l'électricité pour l'étude du rôle des divers organes du mouvement et ont permis d'apprécier d'une manière plus précise la part des éléments moteurs et des voies suivies par l'influx nerveux. La photographie est venue fournir au dessin un complément précieux et agrandir le champ auquel on

Digitized by Google

s'était trouvé restreint pour la reproduction des traits et des attitudes. Grâce à la mécanique s'y sont adjointes la *stéréoscopie* et la *cinématographie*. A l'aide des appareils *instantanés* ou *chronophotographiques* et des images dites *composites*, qu'on parvient à obtenir, on arrive à reconnaître des différences plus ou moins instables qui passaient inaperçues ou presque inaperçues, par suite de la complexité dans le groupement de certains faisceaux musculaires et par suite de la momentanéité non moins que de l'irrégularité d'apparition des états de tension, de contraction ou de relâchement.

La réunion de la stéréoscopie et de la cinématographie a été de la part du professeur Sommer, de Giessen, l'objet d'applications expérimentales pour étudier la physionomie chez les aliénés. Dans une superbe conférence (1), ayant pour titre : *Les méthodes d'étude des mouvements d'expression*, faite, fin avril 1905, au Congrès international de psychologie de Rome, ce savant clinicien a rangé ces méthodes sous cinq chefs. Il les désigne ainsi qu'il suit : 1° *verbal-descriptive*, 2° *photographique*, 3° *copie-mécanique*, 4° *neurologie expérimentale*, 5° *enregistrement physiologique*. La seconde méthode l'a mis à même de reproduire non seulement des états physionomiques, mais encore certains de leurs changements, résultats éminemment utiles au point de vue de la recherche de la forme et de la marche des maladies.

Quand il s'agit de la reproduction des physionomies d'aliénés, il se présente des difficultés que je ne puis taire. On n'a pas toujours un appareil photographique à sa disposition, au moment même où l'aliéné offre à l'observation une manifestation physionomique représentant, d'une manière plus ou moins précise, le désordre de son état psychique. Eût-on un appareil entre les mains, il importe de le dissimuler. Comme le dit le Dr Hack Tuke, « l'attention du malade, à l'instant où « l'on prend son image, se détourne souvent du cours « habituel de ses idées prédominantes ». Par suite de

(1) L. Sommer. Die Methode zur Untersuchung von Ausdrucksbewegungen. *Die Umschau*, juillet 1905.

Digitized by Google

surprise d'ordre intellectuel ou d'ordre moral ou de contrariété, a lieu un phénomène d'arrêt plus ou moins brusque et inopiné, qui peut provoquer une réaction modificatrice de la représentation extérieure. C'est ainsi que, chez certains hallucinés, au moment de la visite du médecin, les hallucinations disparaissent. Ils cessent d'entendre des voix, et, à peine les a-t-on quittés, qu'ils retombent dans leurs fausses conceptions (1). Même certains aliénés paraissant impropres aux raisonnements les plus faciles, mais dont pourtant les facultés intellectuelles ne sont pas entièrement éteintes, parviennent, en présence d'une personne qui leur en impose, devant des magistrats, par suite d'une surexcitation réactive, à modifier leur habitus facial, en exposant les éléments d'une défense régulière (2).

On se trouve ainsi réduit à photographier à une certaine distance ; et alors, malheureusement, que la position du malade n'est pas favorable à l'analyse des différents traits, à l'obtention de certains linéaments ou points saillants qui caractérisent réellement l'expression physionomique. Si la vue de l'ensemble réclame quelque éloignement, on ne saurait dissimuler que certaines ombres peuvent être désavantageuses, quand la lumière arrive plus ou moins obliquement sur la face du malade.

D'ailleurs, l'examen de la physionomie réclame des positions diverses. C'est ainsi qu'il est essentiel d'observer le même individu de face et de profil, et même de trois quarts. Quoiqu'il ne s'agisse pas d'aliénés dans les recherches publiées par Alph. Bertillon (3), nous y trouvons des observations très intéressantes sur les modifications que subit la figure sous l'influence des pensées du sujet observé. En outre, il nous fait remarquer que, tandis qu'un portrait entièrement de face a l'inconvénient de présenter la saillie du nez en raccourci et quelquefois de déformer ce dernier, le profil aux

(1) Baillarger. De l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations, 1845. *Ann. méd. psych.*, t. II, p. 183-184.

(2) C. Vigna. De l'importance des phénomènes négatifs dans le diagnostic des psychopathies, 1871, p. 16 et 17.

(3) Alph. Bertillon. *La Photographie judiciaire*, etc... Bibliothèque photographique, 1890.

Digitized by Google

lignes précises donne l'individualité fixe de chaque figure. C'est une coupe anatomique qui enregistre mille particularités précieuses et qui convient pour les identifications à un grand nombre d'années d'intervalle. Un léger trois quarts permet jusqu'à un certain point l'analyse du profil du nez et du front, et réunit quelques-uns des avantages des photographies de profil à ceux de l'autre type.

Il me paraît utile de rappeler l'attention sur le portrait reproduit par M. Ed. Cuyer (p. 40) d'après Duchenne (de Boulogne). Cette physionomie, représentée de face, montre qu'il convient de comparer entre elles les deux moitiés de la face. Les résultats que Hallervorden (1), de Königsberg, a obtenus par ses recherches photographiques ingénieuses sur la différence d'expression de ces deux parties, qui semblent souvent identiques chez l'homme, nous font connaître, en mai 1902, l'infériorité d'expression physionomique du côté gauche de la face chez le droitier et inversement chez le gaucher. Ces résultats confirment physionomiquement qu'à l'état sain, il y a inégalité fonctionnelle entre les parties cérébrales qui les gouvernent. Cette inégalité s'exagérerait à l'état pathologique et deviendrait probablement la cause d'une déséquilibration se traduisant par le dédoublement de la personnalité, par des aliénations avec conscience, etc. Luys (2), en 1879, dans un discours sur l'inégalité fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux et le dédoublement des opérations cérébrales, attribuait plus particulièrement la prédominance de l'hémisphère droit à certains états pathologiques, tandis qu'à l'état normal, ce serait l'hémisphère gauche qui, dans le plus grand nombre des cas, serait le plus pesant. Ce qui est certain, c'est que, chez les aliénés, l'influx cérébral anime inégalement les deux moitiés de la face.

Mais cet examen comparatif ne suffit pas. Il n'est pas moins nécessaire de séparer l'expression du centre

---

(1) Hallervorden. Eine neue Methode experimenteller Physionomik. *Psychiatrisch neurologische Wochenschrift*, 1902. — Louis Paret. *Loc. cit.*

(2) Luys. Académie de médecine, mai 1879. — William Ogle. On dextral preeminence. *Medico-chirurgical Transactions*, 1871.

Digitized by Google

mimique buccal de l'expression du centre mimique oculaire. Il convient de constater la différence existant dans la contraction du système musculaire supérieur, innervé par le nerf facial supérieur, et la contraction du système musculaire inférieur de la face, innervé par le nerf facial inférieur. L'étude des plis ou traits du visage a une importance considérable. Leur direction, leur tension, leur relâchement, leur allongement, leur raccourcissement ou leur disparition, etc., fournissent des renseignements précieux au point de vue clinique. Y contribuent la saillie ou l'aplatissement de certains muscles.

A défaut de l'application des procédés du Dr Hallervorden, pour mieux apercevoir certains contrastes, pour arriver à saisir des dissociations qui peuvent échapper au premier coup d'œil, il est bon de désunir ces différentes parties, à l'aide d'un *écran* appliqué soit *verticalement*, afin de diviser les deux moitiés droite et gauche de la face, soit *horizontalement*, en examinant alternativement le bas et le haut, en ayant soin de tenir cachée la partie qu'on n'examine pas.

Pour ce qui concerne la partie supérieure, il peut y avoir contraction ou relâchement des fibres de l'orbiculaire de l'œil. La sclérotique, la cornée et les voies lacrymales sont par suite différemment mises à découvert et même l'écoulement des larmes peut en être la conséquence. On y constate des mouvements anormaux parmi lesquels les tics et le tremblement vibratoire. Outre l'expression vague qui apparaît tout d'abord dans les cas d'affaiblissement, par exemple, d'un muscle palpébral dont l'action protectrice est essentielle, on s'aperçoit ainsi de la suppléance opérée par un effort du muscle frontal ou par l'hyperkinésie mimique frontale.

Th. Meynert estime que la domination de l'orifice buccal donne la mesure du développement intellectuel supérieur. Sikorsky a soin de signaler que l'affaiblissement de l'innervation des muscles faciaux auxquels se rendent les rameaux du facial inférieur apparaît dans certaines formes de la mélancolie et est caractéristique dans la démence apathique. L'affaiblissement des muscles est la conséquence d'une douleur ou d'une excitation plus ou moins continue. Le visage prend une forme

Digitized by Google

particulière, s'allonge par suite des variations survenues dans la circulation et la nutrition des tissus. Les traits s'aplanissent et il résulte même de cette transformation un changement de profil.

Dans l'examen des photographies obtenues, il importe de recourir : 1° à *un miroir concave* que l'on tient à distance et qui permet d'avoir un aperçu général ; 2° à *une forte loupe*. L'œil armé de cet appareil grossissant, mais restreint toutefois dans les limites de 3 à 4 diamètres, arrive à découvrir et à apprécier mieux des détails qui, quoique visibles à l'œil nu, auraient peut-être échappé à un premier examen.

Il n'est pas facile de séparer de l'expression du centre mimique oculaire l'expression de l'œil lui-même. L'abstraction de cette dernière expression a une importance majeure.

Il nous appartient ensuite de rechercher si l'expression est consciente, subconsciente ou inconsciente. Il faut comparer les expressions fournies par le visage en état de repos ou en état d'activité, sous l'influence émotive ou sentimentale. Il importe de ne pas confondre le repos vrai avec la stabilité plus ou moins durable qui résulte d'une tension musculaire considérable qui constitue une forme d'arrêt caractéristique de certaines manifestations pathologiques, qu'on appelle *catatoniques*. Les oscillations du globe oculaire ont été signalées comme un des signes de l'aliénation mentale. John Muller avait déjà, en 1826, appelé l'attention sur les ondulations et la fixité du regard dans les manifestations sentimentales.

Féré indique que « l'harmonie des mouvements est « particulièrement affectée dans les psychopathies, et « le défaut d'harmonie se fait remarquer principale- « ment dans la physionomie » (1). La désharmonie est démontrée de plus en plus possible depuis que R. du Bois Reymond (2) a exprimé comme une loi que l'unité fonctionnelle ne réside pas dans le muscle, que les mus-

(1) Ch. Féré. Pathologie des émotions, signes physiques des psychopathies, 1892, p. 367.

(2) R. du Bois Reymond. *Specielle Muskelphysiologie oder Bewegungslehre*, 1903.

Digitized by Google

cles isolés sont des unités anatomiques, mais non des unités mécanico-physiologiques. La physiologie disjoint des portions d'un même muscle ou réunit des muscles séparés par les anatomistes. Non seulement cette désharmonie et la dissolution de l'expression se manifestent surtout par les mouvements les plus faibles, mais encore le changement d'expression et le passage d'une expression à l'autre ont quelquefois lieu par la fusion des traits des deux expressions qui se succèdent. Les altérations des plis ou des traits du visage ont lieu par suite de l'exaltation ou de l'affaiblissement dans l'activité tonique des muscles de la face.

Il résulte des difficultés précédemment mentionnées que le concours de la photographie, qui nous rend certainement de très grands services pour la reproduction des figures et des attitudes d'aliénés, est encore jusqu'à présent, malgré ses progrès considérables, insuffisant pour retracer sur le papier tous les détails que peut apercevoir un observateur expérimenté. En présence d'une représentation photographique, l'aliéniste sait ajouter par sa mémoire des particularités qui n'y sont pas ou ne peuvent y être. Ne serait-ce que le coloris, l'éclat, l'air de finesse et le *tonus* dont les variations partielles ou générales, plus ou moins inconstantes, dépendent de la circulation, des excitations vaso-motrices et de la vitalité trophique ou bien encore du degré, non moins que de la situation, de la lésion organique. C'est pourquoi les photographies ne remplacent qu'incomplètement l'observation directe. C'est là aussi l'opinion de Krafft-Ebing (1).

Toutefois, je tiens à affirmer leur utilité, puisqu'elles servent à rappeler des ensembles expressifs qui pourraient s'effacer plus ou moins du souvenir. Elles nous permettent de comparer de distance en distance les

(1) A. von Krafft-Ebing. *Loco citato*, p. 149. — Alph. Bertillon, de son côté, fait remarquer que malheureusement beaucoup de caractères d'individualité échappent au portrait photographique. Entre autres la vivacité souvent si caractéristique des muscles de la face et notamment des yeux ; le regard *long et réfléchi* opposé au regard *court et vif* ; le *clignotement* du myope, le *froncement* sourcilier de l'hypocondriaque, etc. (*Loco citato*, p. 101.)

Digitized by Google

périodes morbides entre elles quand une psychopathie a une longue durée et de différencier les stades divers des folies intermittentes, des folies circulaires ou à double forme (1). L'atlas de A. Tebaldi contient la reproduction très instructive, à ce point de vue, d'un individu atteint de cette dernière maladie. La planche XII nous montre le sujet à l'état sain ; la planche XIII le représente à la période de dépression ; la planche XIV à la période d'excitation. La comparaison de l'état de santé et de l'état de maladie nous édifie surtout sur la différence de la physionomie dans ces deux états opposés. Le même observateur A. Tebaldi nous fournit, planche XI, le portrait d'un même sujet à l'état sain et à l'état d'exaltation dans la *manie*, et, planche X, le portrait d'un autre sujet dans les deux états opposés de santé d'esprit et de *folie alcoolique*.

L'étude comparative de la physionomie morbide et de la physionomie, lors de la guérison, n'est pas moins importante ; car les aliénés retrouvent l'harmonie de leurs traits avec la réintégration de leur santé mentale. Je ne saurais trop engager mes confrères des asiles à recueillir les physionomies dans ces deux états différents. C'est le meilleur moyen d'arriver à discerner leurs éléments distinctifs.

Esquirol qui attachait tant d'importance à l'étude de la physionomie n'a pas manqué de le faire et dans son ouvrage on peut voir, planches VIII et IX, puis, planches X et XI, des figures qu'il est possible de comparer pendant l'accès de manie et en état de guérison. D'ailleurs, l'illustre spécialiste en a étudié les différences. C'est à la suite de cet examen qu'il conclut que l'*étude de la physionomie des aliénés n'est pas un objet de futile curiosité*, conclusion que j'avais prise pour épigraphe de mon mémoire de 1862. Aug. Voisin (2) a eu soin aussi de nous fournir des exemples (planche XI et planche VIII). Il s'agit de deux femmes lypémaniaques. Le Dr Christian, médecin de la maison nationale de Charenton, me disait, il y a quelques jours, qu'il avait

(1) Ant. Ritti. *Traité clinique de la folie à double forme*, 1883, ouvrage couronné par l'Académie de médecine.
(2) Aug. Voisin. *Loco citato.*

Digitized by Google

admiré, au manicome de Venise, la belle collection de physionomies recueillies par le médecin en chef de cet établissement. Tous les malades sont photographiés à leur entrée et à leur sortie. On observe, dans la comparaison, des signes véritablement curieux et intéressants, relativement à la différence des états psychiques.

Comme l'exprime excellemment E. Morselli (1) « Aucune clinique neurologique ou psychiatrique ne « devrait manquer d'un laboratoire photographique. »

(*A suivre*).

---

(1) E. Morselli. *Loco citato*.

En France, le Dr H. Dagonet avait, à l'asile de Stephansfeld, dont il était médecin en chef, installé un laboratoire de photographie que j'ai visité en 1860. Le docteur Morel, l'illustre auteur du *Traité des dégénérescences*, avait aussi organisé à l'asile Saint-Yon, à Rouen, un laboratoire de photographie, auquel était adjoint un atelier pour la reproduction, par le moulage, de crânes, oreilles et difformités diverses. Sous la direction de ce maître, dont j'ai été un des médecins adjoints, j'ai confectionné moi-même un certain nombre de ces plâtres curieux. — On peut se demander ce qu'est devenue cette création du savant aliéniste, où ont été recueillis avec soin tant de stigmates instructifs de l'hérédité. Faut-il en rendre responsable la réunion sur la même tête des fonctions médicales et administratives ?

Depuis 1869, est installé à la Salpêtrière un laboratoire photographique qui a été constamment en se perfectionnant. Ses travaux sont publiés dans le précieux recueil intitulé *Iconographie de la Salpêtrière*; actuellement : *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, sous la direction de Paul Richer et Henri Meige.

Dans les *Archives de neurologie* (1903), le Dr Sérieux rend compte d'une visite qu'il a faite à la clinique psychiatrique de Giessen (grand-duché de Hesse). Il nous informe de l'application, par le Dr Sommer, de la méthode stéréoscopique combinée avec la cinématographie pour recueillir la physionomie particulière des aliénés, dans les diverses psychoses, et suivant les moments d'excitation, de dépression ou d'hallucination par lesquels passent ces malades. Il trouve que la stéréoscopie met bien en relief les traits pathologiques.

Digitized by Google

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental Science.

ANNÉE 1903.

I. — *De quelques nouveaux caractères de la structure intime de l'écorce cérébrale humaine*; par J. Turner (numéro de janvier). — L'auteur emploie la technique suivante : il traite ses pièces, pendant sept à dix jours, par une solution de :

Bleu de méthylène à 1 p. 100	4
Peroxyde d'hydrogène à 10 p. 100. . . .	1

puis les fixe dans une solution de molybdate d'ammonium, les lave, les déshydrate, les traite par le xylol et les inclut dans la paraffine.

On peut alors apercevoir les nouveaux caractères suivants : 1° un réseau granuleux enveloppe les cellules pyramidales; ce réseau n'avait été observé que dans le cerveau de cobayes ou de lapins injectés par la méthode d'Ehrlich; 2° un plexus intercellulaire très fin non encore décrit.

Le réseau péricellulaire est en continuité avec plusieurs cellules, il ne provient ni de la névroglie ni des cylindre-axes; on le voit, en certains cas, naître directement des dendrites ou prolongements protoplasmiques de certaines cellules foncées. Autant qu'on peut en juger, il n'existe qu'autour des cellules pyramidales. Cela serait donc en contradiction avec l'opinion que les dendrites n'ont qu'un rôle trophique et non conducteur.

Par la méthode de Turner, les cellules de l'écorce apparaissent claires (cellules pyramidales et cellules géantes de Betz) ou foncées; il en est de même dans la couche moléculaire du cervelet. Les cellules foncées ont pour autres caractères de n'avoir aucune orientation fixe, d'être ordinairement très petites, de formes variées; elles sont situées depuis la partie inférieure de la seconde couche de l'écorce jusqu'au commencement de la couche inférieure; leur noyau semble homo-

Digitized by Google

gène, non granuleux; le cylindre-axe ne se distingue pas de celui des cellules pâles; les prolongements protoplasmiques se séparent brusquement du corps cellulaire, se ramifient en conservant leur calibre, puis se terminent par un renflement.

La formation du réseau aux dépens des prolongements protoplasmiques des cellules foncées a été plusieurs fois constatée par l'auteur. Il est facile aussi de voir des collatérales de cylindre-axe s'unir au réseau; ce sont probablement celles de cylindre-axe de cellules pyramidales.

La méthode de Turner révèle l'existence du plexus intercellulaire auxquels ont cru Gerlach, Golgi, Nissl, Apathy et Bethe: ce plexus est très dense, très fin, c'est un feutrage plutôt qu'un réseau; il ne fait qu'un avec le réseau granuleux qui entoure les cellules claires (pyramidales); les fibrilles de ce plexus sont l'ultime terminaison des dendrites des cellules foncées, et elles s'unissent à des collatérales courtes de cylindre-axe.

C'est donc une conception toute nouvelle d'un plexus intercellulaire, et aussi une conception nouvelle de l'écorce; il y aurait, en effet, une continuité de toutes les cellules de l'écorce, puisque les cellules foncées sont en continuité les unes avec les autres et que les collatérales de cylindre-axe viennent probablement des cellules pyramidales; ce serait un nouveau coup porté à la théorie du neurone.

L'auteur pense que les cellules pâles sont motrices; les foncées apporteraient l'excitation centripète par leur cylindre-axe qui serait afférent, le sens du courant nerveux serait ainsi l'inverse de celui des cellules pyramidales.

II. — *La folie chez les imbéciles*; par A. F. Tredgold (numéro de janvier). — L'aliénation mentale, rare chez l'idiot, est beaucoup plus fréquente chez l'imbécile. Mais tous n'en sont pas atteints; il leur faut une prédestination spéciale; en effet, il y a des imbéciles à mentalité stable ou instable, et c'est cette instabilité qui est le principal facteur de la psychose chez eux. Elle provient du manque de contrôle du cerveau supérieur sur les facultés inférieures qui restent normales; on peut du moins en inférer ainsi des données acquises par la clinique, l'étiologie et l'anatomie pathologique; par exemple, il advient qu'une hallucination soit l'origine d'une idée qui, n'étant pas écartée par le jugement, est le point de départ d'un accès délirant; souvent la cause réside dans le dédain de l'entourage pour l'imbécile, qui en souffre.

Digitized by Google

L'âge d'apparition est le plus souvent la puberté ou l'adolescence; il arrive ainsi que le diagnostic porté est, par erreur, celui de psychose des adolescents, d'un pronostic très différent.

Le plus souvent (80-85 p. 100) le point de départ de la psychose est le manque de contrôle des idées (*forme idéative*); on a un syndrome d'interprétations délirantes (idées de persécution ou troubles de la personnalité), d'hallucinations avec le tableau de l'excitation maniaque ou de la mélancolie active accompagnée de tentatives graves de suicide. Les accès sont de courte durée, ne dépassant pas trois mois dans les deux tiers des cas, mais les rechutes sont fréquentes et répétées jusqu'au passage à l'état chronique.

Une seconde forme (10 ou 15 p. 100), due au manque de contrôle des facultés supérieures sur les émotions (*forme émotive*), présente les caractères suivants : des crises violentes sans hallucinations ni interprétations délirantes ressemblant à une crise hystérique, une colère d'idiot ou un raptus épileptique qui se prolongeraient; il s'agit ordinairement de femmes. On a cliniquement un état maniaque à attaques courtes avec, parfois, de la dépression et des idées vagues de suicide. Le passage à l'état chronique est rare, les rechutes sont fréquentes; la démence est tardive.

L'auteur a, en outre, observé sur 200 cas 6 paralysies générales juvéniles, 3 chez des hommes et 3 chez des femmes.

III. — *L'instruction des infirmières dans les maisons d'aliénés*; par B. Pierre (numéro de janvier). — En Angleterre, les malades des hôpitaux sont soignées par des infirmières femmes du monde, pendant que les femmes du monde aliénées sont souvent soignées par des servantes. C'est ce que voudrait modifier l'auteur qui, à l'appui de son programme, peut citer l'exemple de sa pratique au Pensionnat de la retraite (York).

IV. — *Les observations dans les grands asiles*; par Daniel F. Rambaut (numéro de janvier). — L'auteur fait remarquer combien, dans les grands asiles, il est difficile de prendre une observation régulière de chaque malade; les aigus ou les agités accaparent l'attention. A l'asile de Richmond (Dublin), il se pratique la méthode suivante. Deux registres sont ouverts : un agenda où le nom de chaque malade est porté à la date de l'entrée; c'est le « registre de la première année »; et un registre de chroniques où, à chaque date, sont inscrits les noms de tous les malades entrés à pareille date une des années précédentes. Il suffit de consulter le premier registre pour se rendre

Digitized by Google

compte des malades qui, à une date déterminée, sont entrées depuis huit, quinze jours, ou depuis un mois, deux mois ; et il suffit de consulter, dans le second, quatre feuillets, pour connaître les malades qui sont présents depuis un multiple de trimestres. De sorte qu'on peut facilement exiger des chefs de quartier une note régulière sur l'attitude habituelle de chacun de ces malades pendant la période qui se termine, et que le médecin peut faire ainsi un examen périodique et complet de chacun d'eux. Sans cet examen méthodique, les observations risquent d'être de pure forme.

V. — *Traitement de la phtisie dans les asiles par l'urée et ses sels* ; par Lougheed Baskin (numéro de janvier). — L'urée, dont l'auteur étudie les caractères, est un corps d'une grande importance dans l'économie humaine, et son action bienfaisante contre la tuberculose s'est montrée dans les observations qu'il cite. L'urée est très diminuée dans l'urine des phtisiques, comme lorsqu'il y a diminution d'ingestion des matières azotées dans diverses toxémies et dans les lésions chroniques du rein. On peut rapprocher de ce fait la fréquence de la tuberculose chez les peuples qui mangent une nourriture peu azotée et l'utilité de la zomothérapie. Dans la phtisie, l'assimilation azotée étant insuffisante, l'ingestion d'urée apporte une aide aux organes faiblissant. L'auteur tire d'autres déductions des rapports de la tuberculose avec le diabète, la goutte, et de l'immunité de la souris blanche. Le même phénomène qui se produit dans la goutte peut être amené par l'ingestion d'urée. Il vaut mieux se servir d'urée que d'acide urique, car elle présente l'avantage de ne pas produire de crises goutteuses, d'être en augmentation constante dans la goutte, d'être un produit normal dans le sang, soluble dans les milieux usuels, de ne pas produire d'accidents à dose médicamenteuse, et de n'avoir pas mauvais goût ; enfin, d'avoir une action bienfaisante.

L'auteur donne l'urée synthétiquement obtenue pure ou sous forme de phosphate d'urée lorsqu'il y a aussi diminution de l'acide phosphorique. La quantité à administrer (en trois doses par jour) est déterminée par le défaut d'urée des urines, en tenant compte du temps du sommeil, où l'activité est réduite, et les repas absents. On doit, quand il y a une insuffisance trop grande d'urée, augmenter aussi la quantité des aliments azotés. Aucun symptôme d'urémie n'a été noté.

Le mode d'action de l'urée dans la tuberculose serait, d'après diverses expériences, d'accroître la phagocytose, d'exercer une

Digitized by Google

action locale dissolvante du bacille tuberculeux, d'agir comme altérant général et comme un antitoxique spécifique de la toxine tuberculeuse.

L'auteur ne néglige pas, avec ce traitement, d'aérer ses malades, de les tonifier, de leur faire faire de l'exercice, sans excès, de les préserver de l'humidité et de prendre diverses mesures prophylactiques telles que la propreté du sol des habitations.

VI. — *L'alcalinité du sang dans les maladies mentales*; par R. Pugh (numéro de janvier). — L'examen du sang a été pratiqué d'après la méthode de Wright (*Lancet*, 1897, vol. II, p. 719), en éliminant les variations diurnes et celles que cause l'exercice musculaire; des expériences de contrôle ont été instituées.

L'alcalinité du sang reste physiologique dans la manie chronique, la mélancolie, la démence.

Elle s'abaisse pendant les périodes d'excitation maniaque.

Dans l'épilepsie, elle subit des variations très nettes : au-dessous de la normale, dans la période interparoxysmale, elle descend brusquement et sensiblement aussitôt avant l'accès; après l'accès, elle diminue légèrement, ce qui varie avec la gravité et la durée des convulsions et le degré d'alcalinité de la période interparoxysmale. Puis, en cinq ou six heures, le degré d'alcalinité redevient normal. Plus l'alcalinité reste élevée, moins les accès sont fréquents. Mais il est impossible de maintenir pendant un temps appréciable, au moyen de médicaments, l'alcalinité normale.

Dans la démence paralytique, l'alcalinité baisse de façon constante et sensible; mais cette diminution diffère selon le type, la marche et la longueur de la maladie.

VII. — *Les anomalies palatines comme stigmates de dégénérescence*; par E. H. Harrisson (numéro de janvier). — Les travaux de Down, N. W. Kingsley, W. Channing, Claye Shaw, Ireland, Clouston, Talbot, Peterson, Charon, sur les anomalies palatines, n'aboutissent pas toujours aux mêmes conclusions. L'auteur, qui rappelle ces conclusions, a voulu pratiquer des mensurations avec des moulages faits sur des aliénés d'âge convenable, où le palais soit complètement formé et n'ait pas encore subi l'involution sénile, donc de vingt-cinq à quarante ans, et qui aient une observation mentale complète. Sur 16 moulages, il a examiné : 1° le diamètre transversal entre les bords externes de la seconde grosse molaire; 2° la profondeur du

Digitized by Google

palais au même niveau, en mesurant depuis le bord tranchant de la dent; et 3° la profondeur, au niveau de la première prémolaire. Il a pris comme témoins les palais de gens normaux.

On peut diviser les palais en quatre types, selon qu'ils sont hauts et étroits, hauts et larges, bas et étroits, bas et larges, et en trois types, selon qu'ils se creusent plus ou moins près du bas des incisives, soit un total de douze types; il y a d'autres points à noter : obliquité, asymétrie, difformités.

En prenant note, d'autre part, de l'état mental, des antécédents et de l'état civil, l'auteur formule les conclusions suivantes :

Les anomalies du palais sont fréquentes chez les aliénés.

On peut former deux groupes : l'un avec les psychopathes héréditaires et l'autre avec des gens présentant des tares dégénératives généralisées.

Les premiers ont un palais variable dans ses anomalies, mais généralement bas ou de profondeur moyenne.

Les derniers ont un palais diversement déformé, mais très creusé en général dès le niveau des premières prémolaires.

VIII. — *La folie par le hachich*; par J. Warnock (numéro de janvier). — Ce travail sur le hachich, d'après des observations faites à l'asile du Caire, commence par un aperçu historique et ethnologique de la question.

Les psychoses du hachich, psychoses toxiques, peuvent être comparées à celles de l'alcool. C'est ainsi qu'on observe :

1° L'*intoxication temporaire des habitués*, avec hébétude et somnolence, excitation euphorique, rêves hypnagogiques agréables, quelquefois sentiments orgueilleux; contrarié, le malade devient violent; la démarche est ébrieuse. Cette intoxication est moins objective, moins démonstrative que celle de l'alcool, plus que celle de l'opium;

2° Le *délirium hachichique* avec hallucinations multiples souvent pénibles, idées de possession, de grandeur, agitation et insomnie; les symptômes sont moins accusés que dans le delirium tremens; il n'y a ni symptômes moteurs, ni épuisement, ni troubles gastro-intestinaux. Quelques cas se présentent sous forme de stupeur;

3° La *manie hachichique* va de l'excitation légère à la fureur, suivie de cachexie; il y a du délire de grandeur ou mystique ou de persécution avec violences, de l'agitation, de l'incohérence; les sentiments moraux ou affectueux disparaissent; la témérité y est caractéristique, les hallucinations du goût et de l'ouïe

Digitized by Google

sont fréquentes, avec crainte d'empoisonnement. Le syndrome mélancolique est au contraire rare. La guérison est souvent rapide;

4° La *manie chronique hachichique* est, étiologie à part, pareille aux autres manies chroniques; il y a plus d'euphorie et on n'observe ni jalousie ni persécution, ni troubles moteurs et sensoriels, ni homicide ou suicide;

5° La *démence chronique* est l'aboutissant des formes précédentes;

6° La *cannabinomanie*, naissant sur un fonds de dégradation morale, de vie irrégulière avec mendicité et vices nombreux, est l'habitude intermittente du hachich, mais sans le désir violent et le même besoin que le dipsomane ou le morphinomane. Elle est assez durable. Ces malades se voient au début de leur vie enfermés dans des prisons, plus tard dans des asiles.

Ce qui distingue les psychoses du hachich de celles de l'alcool sont les caractères suivants : rareté du suicide, fréquence comparée de la folie chez les consommateurs de hachich, même propension aux crimes, pas de lésions anatomiques ni d'autres désordres fonctionnels que la démarche ébrieuse.

Le hachich est une cause très fréquente de folie en Egypte; l'homme qui seul s'intoxique entre trois fois plus à l'asile que la femme. Et cependant les règlements et les pénalités contre le hachich sont très sévères et rigoureusement appliqués.

IX. — *Observations bactériologiques et cliniques sur le sang de malades atteints de manie aiguë continuelle*; par Lewis C. Bruce (numéro d'avril). — L'examen bactériologique du sang des maniaques ne révèle pas de microorganismes. Mais, en provoquant des abcès de fixation par la méthode aseptique, l'auteur a, dans sept cas sur vingt-quatre adultes maniaques, obtenu un diplobacille qui pousse sur divers milieux et dont il donne tous les caractères; ce bacille n'existe pas dans la peau, mais a été retrouvé plusieurs fois dans les selles. Les abcès provoquent un peu de fièvre et sont suivis parfois d'une amélioration manifeste, vraisemblablement par action leucocytaire.

L'auteur a encore examiné systématiquement et à maintes reprises le sang de maniaques. Chez ceux qui guérissent, les leucocytes augmentent (jusqu'à 18 ou 20.000 par millimètre cube), les polynucléaires sont aux environs de 70 p. 100; plus il y en a, meilleur est le pronostic.

Les leucocytes et la proportion de polynucléaires baissent ensuite de concert pour remonter lorsque la guérison se pro-

Digitized by Google

duit : les polynucléaires peuvent dépasser alors 80 p. 100 et l'hyperleucocytose persiste après la guérison. Lorsque celle-ci ne doit pas se produire, les fluctuations de la leucocytose sont lentes et variables; les polynucléaires, après un ou deux ans, sont de 20 à 50 p. 100, les lymphocytes sont augmentés de nombre.

Avec les abcès provoqués, si la guérison doit survenir, on observe, dès les premières heures, un accroissement marqué des leucocytes et de la proportion de polynucléaires; au bout de quarante-huit heures, il y a jusqu'à 40 et 60.000 lymphocytes ; plus ils sont, plus la guérison semble fréquente. Si la chronicité se produit, la leucocytose est lente, la proportion de polynucléaires n'atteint pas 70 p. 100.

Ces observations, qui ne s'appliquent ni aux circulaires ni aux alcooliques, indiqueraient que la manie aiguë serait infectieuse, qu'il se produirait du processus d'immunisation, mais qu'il n'y a pas de guérison complète, ce qui prouverait la leucocytose persistante. Il s'ensuit aussi que l'examen du sang s'impose pour les assurances sur la vie et pour les déductions pronostiques.

X. — *Un dégénéré méconnu et condamné* ; par Edwin Goodall (numéro d'avril). — C'est l'histoire d'un imbécile, âgé de trente-cinq ans, pourvu déjà de neuf condamnations, dont sept pour ivresse, une pour vol, une pour abus de langage, qui fut condamné à douze mois de travaux forcés pour « connaissance charnelle d'une fille mineure de treize ans » et interné après trois mois de peine avec un délire causé par le procès et le régime de la prison. On aurait pu éviter cette condamnation par un examen anthropologique qui aurait montré de très nombreuses tares chez cet individu.

XI. — *Nomenclature des maladies mentales* ; par A. R. Urquhart (numéro d'avril). — L'auteur, au moment où le *Royal College of Physicians* revise la nomenclature médicale pour la statistique, propose pour la médecine mentale la classification suivante en partie double qui est usitée à l'asile de Murray :

Une première division symptomatique et purement clinique comprend, avec de nombrenses variétés, les neuf groupes : mélancolie, manie, confusion mentale, stupeur, folie périodique, *delusional insanity* (paranoia) primaire progressive ou secondaire, folies de la volonté, démence, idiotie et imbécillité.

Et, selon l'étiologie (en notant à part l'hérédité nerveuse ou

Digitized by Google

mentale), les psychoses d'évolution, celles par épuisement, les viscérales, les toxiques, les dégénératives, les accidentelles et celles qu'on ne peut classer.

XII. — *La garde et le traitement des aliénés dans les domiciles privés et les maisons de santé*; par E. W. White (numéro d'avril). — Aux idées exprimées par Gowers sur le traitement des aliénés, l'auteur répond en praticien et professeur de médecine mentale. Il estime que, dans le régime des aliénés en Angleterre, les aliénés « certifiés » et isolés bénéficient d'une surveillance officielle analogue à celle des aliénés internés et en plus d'un secret mieux gardé, d'une installation chez eux, de visites de leur famille plus faciles et de l'absence de la marque folie; mais, en échange de ces avantages, ils n'ont ni médecins ni infirmiers bien experts, leur vie est monotone, le contrôle qu'on a sur leurs mœurs est insuffisant, l'influence des amis peut être mauvaise, la surveillance insuffisante, les gardiens sans tact et sans capacité.

Les aliénés isolés et non certifiés, s'ils n'ont pas l'étiquette folie, s'ils jouissent du secret sur leur état, d'un traitement médical continu, sinon toujours expérimenté, de la vie chez eux, loin d'autres aliénés, ont en revanche l'inconvénient de n'être aucunement surveillés officiellement, d'avoir leurs biens à la merci de leur entourage, de n'avoir que des médecins inexpérimentés et de n'en avoir pas toujours; leurs infirmiers ne sont pas au courant, leur vie est monotone, leurs amis se mêlent à tort et à travers du traitement, les soins qu'on leur donne sont mauvais et quelquefois cruels.

On parle d'obliger à déclarer ces aliénés; ce serait une dépense de plus et les soins différés plus longtemps par les familles.

Il faut favoriser la rapidité du traitement des aliénés, afin qu'ils puissent mieux guérir et éviter les sévices. A cet effet, il serait bon que les médecins soignant à domicile soient astreints à envoyer un certificat aux *commissioners* qui inspecteraient le malade à ses frais. Il faudrait aussi développer le système des placements volontaires.

Gowers a tort de réclamer la suppression des certificats, car ils permettent de donner des soins en des maisons appropriées et de préserver la société. Il n'y a pas divorce, comme il le dit, entre la médecine générale et la médecine mentale, mais celle-ci aura toujours besoin de méthodes spéciales et de médecins spécialistes.

Digitized by Google

XIII. — *Folie et législation*; par T. Outterson (numéro d'avril). — Le projet de revision de la loi anglaise tend à faciliter le traitement du début des psychoses :

Deux points de ce projet sont à considérer : d'abord la proposition d'étendre les dispositions de la loi, de telle sorte que les cas de début puissent légalement être traités sans délai, sans formalités de certificat, ce qui pourrait se faire avec un système de notification aux *commissioners* ou à quelque autorité légale, mais sous réserve de la nécessité des gardes ou des établissements appropriés; toute maison recevant des aliénés devrait être surveillée. Et, en second lieu, la proposition que les cas où il est possible de donner des certificats d'internement puissent être soignés en maison particulière sans l'étiquette de folie, qu'ils aient déjà ou non passé par l'asile, qu'ils soient ou non curables. Cette proposition, d'après l'auteur, est très dangereuse, car ce serait revenir en arrière et s'exposer à abandonner le malade aux soins inexpérimentés si souvent inhumains et outrecuidants; la loi serait trop facilement tournée. Il faut, au contraire, assurer une inspection suffisante.

XIV. — *Note sur un nouveau registre d'observations*; par W. R. Dawson (numéro d'avril). — L'auteur reproduit le modèle qu'il a adopté à Farnham House pour son registre d'observations afin d'éviter et le registre en blanc, où l'on écrit sans aucune méthode, et les formes de questionnaire trop peu élastique, usitées ailleurs.

XV. — *Notes sur les hallucinations*; par Conolly Norman (numéro d'avril). — La première observation de cet article est celle d'un homme de trente-deux ans avec délire de persécution, lecture de la pensée, utilisation de ses facultés par des ennemis, hallucinations de tous les sens; des hallucinations de l'ouïe unilatérales coïncident avec une surdité du même côté par catarrhe de la caisse; il entend des voix rapprochées et des voix éloignées. Mais le point le plus intéressant de cette observation est la présence d'hallucinations psychomotrices atteignant les fonctions graphiques; le malade reconnaît les mots à la sensation motrice qu'il éprouve et cela seulement en fermant les yeux.

Les observations suivantes sont celles de malades à hallucinations psychomotrices verbales associées à d'autres hallucinations; puis d'un persécuté atteint d'hallucinations innombrables, parmi lesquelles de curieuses hallucinations hydriques, et des hallucinations respiratoires, variété probablement de

Digitized by Google

troubles psychomoteurs. Voici ensuite des hallucinations psychomotrices diverses de transport dans l'espace ; l'auteur cite aussi des cas de combinaison d'hallucinations auditives et de sensations douloureuses, d'hallucinations multiples, d'hallucinations du « sens de l'action mentale ». Enfin divers cas dans lesquels se rencontrent, en une association qui ne doit pas être fortuite, des néologismes, une double voix, le sentiment du malade qu'il est une machine à parler sous la dépendance d'agents extérieurs. L'auteur déclare, en terminant, que les hallucinations psychomotrices, peu étudiées en Angleterre, sont très fréquentes dans les asiles.

XVI. — *Lésions du système nerveux dans un cas de porencéphalie*; par J. O. Wakelin Barratt (numéro de juillet). — Observation et examen anatomique d'un idiot épileptique, atteint de lésions mitrale et aortique, mort à l'âge de trente-deux ans; le début des troubles cérébraux semble remonter à l'âge de un an. A l'autopsie et à l'examen histologique, on constate les lésions suivantes : l'écorce du cerveau gauche est détruite dans une zone qui comprend l'opercule, l'insula et la première temporale ; le fond de cette zone est la substance blanche pauvre en fibres. L'hémisphère gauche est rétracté, le faisceau longitudinal inférieur amoindri.

Le thalamus optique gauche est atrophié, noyaux latéral, médian et ventral, ainsi que le corps genouillé gauche, tandis que le droit est plus large que de coutume, et ainsi que la radiation optique gauche.

Les faisceaux cortico-spinaux et thalamo-spinaux gauches sont amoindris dans leur trajet. La moelle présente une diminution du cordon antéro-interne gauche et du cordon antéro-latéral droit; la corne antérieure droite est amoindrie.

A noter un épaississement et une opacité de la pie-mère des deux hémisphères et une diminution légère du volume du cerveau droit, comme on en voit chez les vieux épileptiques. A signaler aussi que dans la moelle la névroglie n'est pas développée dans le faisceau pyramidal croisé droit; il n'y a pas de sclérose, sans doute parce que la dégénérescence a précédé la myélinisation.

L'auteur, écartant comme pathogénie la thrombose, l'hémorragie et le traumatisme obstétrical, estime qu'il s'agit d'une embolie d'origine cardiaque qui a passagèrement obstrué la lumière de l'artère sylvienne gauche.

XVII. — *Sur la signification de la chromatolyse centrale*

Digitized by Google

avec déplacement du noyau dans les cellules du système nerveux central de l'homme; par J. Turner (numéro de juillet). — Des travaux récents ont amené l'auteur à modifier quelques-unes de ses vues sur ce sujet : il a étudié le caractère précis des modifications cellulaires, leur distribution dans le système nerveux, la dégénérescence des cylindraxes dans la moelle et les troubles psychiques associés. Il conclut qu'il faut établir quelques distinctions entre les divers cas de chromatolyse centrale avec déplacement nucléaire.

Dans une première classe, les symptômes mentaux semblent en rapport avec les modifications cellulaires.

Ce sont des imbéciles ou des mélancoliques, surtout séniles (type : imbécile). Il semble que, dans ces cas, les cylindraxes ne sont pas la cause des modifications cellulaires. C'est un état spécial qui, chez les imbéciles, est en rapport avec la faiblesse d'esprit par manque de développement, faute d'excitations sensorielles, et qui, chez les mélancoliques, est en rapport avec le même défaut, conséquence de l'involution. Dans ces deux cas, la cellule reste ou revient à un stade incomplet. La mélancolie est effet du même agent qui lèse la cellule et non cause de la lésion.

Dans la seconde classe (type de la réaction cylindraxile véritable), la modification cellulaire est due à une lésion de la cellule ou du cylindraxe, par exemple par intoxication alcoolique; le groupe est hétérogène.

XVIII. — *L'action du cortex rolandique dans ses rapports avec l'épilepsie jacksonnienne et la volition*; par A. B. Kingsford (nnméro de juillet). — L'épilepsie jacksonnienne est due à une lésion chronique ; ses attaques sont périodiques. Comment donc une lésion continue peut-elle être cause de phénomènes intermittents? L'auteur admet qu'il y a dans le centre cortical une force frénatrice et émet l'opinion que les convulsions sont le fait de décharges de centres sous-corticaux dont l'énergie s'accumule sans cesse. La fonction rolandique est d'arrêter ces décharges et de déterminer leur direction quand elle en permet l'issue.

Cette théorie va à l'encontre des théories antérieures sur la physiologie de la zone rolandique, il est vrai bien discutée. L'opinion qui donne à ces centres un rôle moteur ou sensitivo-moteur repose sur l'anatomie pathologique de l'épilepsie jacksonnienne et sur les résultats de l'expérimentation. Mais, des faits acquis on peut donner des explications différentes. M. Kings-

Digitized by Google

ford admet que le pouvoir inhibiteur, qui est reconnu généralement comme une des fonctions de l'écorce, en est la fonction essentielle. Cette inhibition permet aux centres inférieurs d'accumuler leur énergie. C'est une hypothèse qui a l'avantage d'être simple. Elle permet de rendre compte de la volition, des actes involontaires ou automatiques et des paralysies par ablation de la zone rolandique (paralysie des seuls mouvements volontaires, comme le montre l'expérimentation). Diverses expériences de Forster, de Schäfer permettent aussi de croire à l'origine automatique des mouvements que vient contrôler une volonté accrue des poissons à l'homme, un grand développement de cette volonté étant d'ailleurs une caractéristique de l'homme; la volonté est en dernière analyse une suspension ou diminution de l'inhibition.

La physiologie et la pathologie s'accordent à reconnaître que la volition s'exerce par l'intermédiaire des voies pyramidales qui servent aussi de voies aux mouvements acquis par l'éducation. La volonté a en effet deux fonctions, celle de l'éducation des mouvements qui finissent par devenir automatiques, et celle de la suspension de l'action ; indirectement, elle renforce l'action dans l'effort.

Si l'on objecte que la destruction des zones rolandiques devrait être cause de convulsions en libérant les centres inférieurs, on peut répondre que l'expérimentation est ici fatalement trop grossière et fait plus que de léser la seule zone rolandique,

Cette hypothèse s'accorde avec ce qu'on sait de l'épilepsie. Le trait principal de la décharge épileptique est l'accroissement progressif de l'intensité du spasme, corrélatif à de plus grands intervalles entre chacun d'eux, ce qui est caractéristique (Mercier) d'une décharge mise en présence d'une résistance croissante ou d'une résistance uniforme à une force décroissante. Il est donc facile d'admettre une décharge des centres inférieurs refrénée par des centres corticaux, l'action inhibitrice étant provoquée par les sensations pénibles des muscles contractés.

A l'appui de ces idées, on peut encore citer l'enfant chez qui la zone rolandique est inexcitable ; aussi ne contrôle-t-il pas ses mouvements, pourtant nombreux ; et aussi le raccourcissement du temps des réflexes spinaux après ablation de la zone rolandique ; avec sa théorie enfin, l'auteur donne une explication des paralysies post-épileptiques.

XIX. — *Nouvelles observations cliniques dans des cas d'excitation maniaque, particulièrement de manie des adolescents* ; par

Digitized by Google

Lewis C. Bruce (numéro de juillet). — Cet article fait suite à celui du mois précédent. Divers faits sont venus confirmer les observations sur la leucocytose de certains maniaques qui, après guérison, avec baisse de la leucocytose, avaient fait une rechute; l'un d'eux guérit et la leucocytose remonta. Ce qui encore vient appuyer l'hypothèse de l'infection est la présence dans le sang d'une agglutinine, spécifique pour un petit coccus.

L'auteur décrit chez les jeunes gens une manie des adolescents à tableau clinique particulier. C'est une forme récurrente avec troubles gastriques, fièvre, insomnie, excitation maniaque aiguë, exagération des réflexes et tremblement, dilatation pupillaire; la guérison survient rapidement, mais les rechutes sont fréquentes, quoique la guérison puisse se produire ; si la guérison n'arrive pas, la démence s'établit. L'hérédité est une cause prédisposante évidente. Dans quatre cas observés par l'auteur, l'examen du sang a montré une leucocytose persistante qui baisse avant l'attaque, remonte pendant l'attaque à 40.000 par millimètre cube et, entre les crises, va de 13.000 à 27.000 ; les polynucléaires sont plus abondants pendant l'attaque, la leucocytose persiste après guérison. Le sang de ces malades agglutine le coccus cité plus haut.

Il existe une ressemblance frappante entre cette manie des adolescents et l'excitation maniaque continue des adultes décrite dans le précédent numéro du Journal.

XX. — *Remarques sur les suicides dans les asiles publics*; par Harry A. Benham (numéro de juillet). — Résumé de la statistique des douze dernières années avec quelques remarques sur les précautions contre le suicide usitées par l'auteur et qui consistent surtout en une surveillance nocturne toute spéciale des aliénés suspects (on défend entre autres précautions qu'aucun ait dans son lit le moindre objet), et en diverses mesures pour éviter qu'ils aient en leur possession quoi que ce soit de dangereux.

XXI. — *Notes sur les hallucinations*, III; par Conolly Norman (numéro de juillet). — Les théories des hallucinations sont nombreuses. Depuis les trois théories anciennes, celle d'Esquirol ou théorie psychique, celle de Foville, Luys, Ritti ou théorie sensorielle, celle de Baillarger, théorie psycho-sensorielle ou mixte, il y a eu la théorie de Tamburini qui regarde l'hallucination comme dépendant d'une irritation des centres de la perception, centres psycho-sensoriels; c'est une modification du centre de même nature que la sensation, quoique non iden-

Digitized by Google

tique. Cette théorie est généralement acceptée et, actuellement, on ne peut que la compléter, comme le fait Tanzi, en utilisant la notion des centres d'association de Flechsig où se produirait l'hallucination par un retour en arrière de l'image. Il n'est plus d'ailleurs contraire aux faits de parler de conduction nerveuse dans un sens indifférent.

D'autre part, certains auteurs admettent que les hallucinations intéressent toute la voie nerveuse et il y a de nombreux faits qui prouvent la participation de l'appareil sensoriel à l'hallucination. Il suffit pour expliquer ces faits d'admettre qu'une irritation centrale peut redescendre non seulement aux centres d'association mais à la périphérie.

L'importante classe des hallucinations « psychiques », que Baillarger a décrites et absolument séparées des hallucinations psycho-sensorielles, a été étudiée par Séglas qui en a donné la véritable explication ; ce sont des hallucinations de la motricité, bien que, faute d'autre terme, les malades parlent de leurs voix. L'auteur rapporte comme preuves les observations de Baillarger, Séglas et celles de Cramer sur un sourd-muet halluciné de son langage mimé.

Deux observations de l'auteur semblent montrer la connection des hallucinations verbales de l'ouïe et des hallucinations psychomotrices en montrant le passage des premières aux secondes et l'essentielle identité des deux dans un des cas; il n'y a pas là de grande difficulté pour l'auteur qui a admis un sens de l'action mentale dont la description a déjà été faite ailleurs. On peut mieux encore saisir les points de contact entre les diverses hallucinations par l'étude des troubles sensoriels génitaux. Ce sont souvent des illusions ou interprétations sur une base locale réelle; mais souvent aussi ce sont de véritables hallucinations associées à celles d'autres sens et les visions et hallucinations auditives s'accompagnent de pensées lubriques presque obsédantes ; la limite entre l'hallucination et l'hallucination psychique est impossible à fixer. Tous ces faits semblent bien prouver encore l'association des divers centres sensoriels ; il n'y a guère de sensations pures.

XXII. — *Pensions de retraites pour les travailleurs des asiles d'Ecosse. Discussion à la réunion du printemps de la division écossaise de l'Association médico-psychologique à Glascow* (numéro de juillet). — L'Ecosse est en retard sur ce point sur l'Angleterre et l'Irlande. Cette discussion a pour but de faire établir des retraites pour le personnel secondaire.

Digitized by Google

XXIII. — *Fréquence des granulations de l'épendyme dans la paralysie générale*; par J. V. Blachford (numéro de juillet). — Les granulations de l'épendyme sont très fréquentes dans la paralysie générale, mais elles ne se rencontrent pas seulement dans cette maladie; elles se voient dans les cerveaux atteints de grosses lésions, ou chez les syphilitiques et les suspects de syphilis. Elles sont plus fréquentes chez l'homme et à l'âge moyen. Elles paraissent en relation avec la syphilis.

XXIV. — *Adresse présidentielle du 62e congrès annuel de l'Association médico-psychologique* (Londres, 16 juillet 1903); par E. W. White (numéro d'octobre). — Le discours présidentiel a été cette année consacré à une revue des travaux et des événements de l'année précédente relatifs à la médecine mentale en Angleterre.

Voici d'abord le rappel du terrible incendie de l'asile de Colney Hatch qui a coûté la vie à cinquante et une personnes. Ce désastre entraîne la condamnation des bâtiments temporaires, il doit rendre obligatoires de sérieuses précautions contre le feu; entre autres on doit rassembler tous les foyers en un seul groupe et habituer les aliénés à l'usage de tous les escaliers de secours sans quoi ils n'osent les utiliser au bon moment.

La tuberculose pulmonaire continue ses ravages dans les asiles du Royaume-Uni, il convient surtout de multiplier les mesures d'hygiène. La dysenterie, avec une mortalité élevée, a occupé le corps médical qui a aussi porté son attention sur les maladies mentales par auto-intoxication. Il convient de rappeler encore les travaux anatomiques des laboratoires de Londres et d'Edimbourg, publiés dans les *Archives*.

Les travaux des divisions de l'Association médico-psychologique ont contribué à montrer encore la progression de la folie. Pourquoi, malgré les nouvelles méthodes de traitement, n'y a-t-il pas un plus grand nombre de guérisons? Parmi les causes il faut tenir compte des facteurs race et milieu : pour la race, il y a moins de mariages avec des immigrés qu'autrefois, donc moins de sang nouveau, et les immigrés sont trop souvent des habitants des villes de race affaiblie. Les mariages entre héréditaires semblent se multiplier. Est-ce là la cause de la diminution de ces accès maniaques qui guérissaient et de l'augmentation des mélancoliques qui deviennent si souvent incurables? Il faut aussi noter la fréquence des aliénés jeunes dans les classes supérieures, conséquence du surmenage cérébral. On se marie trop tôt chez les pauvres, trop tard chez les gens

Digitized by Google

aisés. Il faut aussi constater une plus grande proportion d'imbéciles congénitaux. La syphilis et la tuberculose pulmonaire sont plus fréquentes, ainsi que l'alcoolisme. Enfin, on sauve dans l'enfance bien des débiles qui, plus tard, ont une progéniture de qualité médiocre. Quant au milieu, il faut remarquer que les populations des villes s'accroissent au détriment des campagnes et que la misère augmente.

On a fait de nouveaux efforts pour le traitement des aliénés; malheureusement il y a de beaucoup trop grands asiles. A noter cependant les bons effets d'éducation intellectuelle et physique des chroniques. Les malades aigus doivent de plus en plus être séparés des chroniques. Un bon modèle d'hôpital est celui de Stone.

La Chambre des Lords a examiné un projet de loi destiné à autoriser le comté de Londres à créer des maisons d'observation et de traitement fermées pour aliénés aigus sous la surveillance des autorités ordinaires. Les malades pourraient y rester six semaines et le juge pourrait autoriser une prolongation de séjour de trois en trois semaines. Il y aurait un médecin en chef; malheureusement rien n'oblige à ce que ce soit un aliéniste; il conviendrait aussi que ces établissements fussent à la campagne. De telles maisons rendraient de grands services.

Parmi les autres questions intéressantes, notons le souhait que la loi de 1890, qui supprime par extinction les maisons privées, soit amendée en ce qui concerne les aliénés de famille aisée. Il faut aussi encourager partout les placements volontaires, favoriser le mélange dans les asiles des malades gratuits et de ceux qui paient leur entretien; l'ensemble du service y gagnera. Enfin il faut regretter que le nombre des aliénés à domicile certifiés n'augmente pas, car ce doit être un signe qu'on en dissimule davantage.

XXV. — *Revision des statistiques du Comité de la tuberculose*; par Chapman (numéro d'octobre). — Cette revision motivée par quelques erreurs dans les statistiques ne modifie pas les conclusions antérieures, dont les principales sont la part prépondérante de l'infection (d'où la nécessité de l'isolement), la très grande importance d'un sol sec et drainé, le fait qu'il faut attribuer la contagion aux conditions de l'asile et non au caractère de la maladie pour laquelle on envoie l'aliéné. Enfin si l'hygiène a une importance indéniable, c'est surtout la ventilation et le chauffage des salles et des dortoirs qu'il convient d'assurer.

Digitized by Google

XXVI. — *Observations cliniques et expérimentales sur la catatonie*; par Lewis C Bruce et A. M. S. Peebles (numéro d'octobre). — Sur douze cas de catatonie dont la symptomatologie se rapportait exactement aux descriptions de Kahlbaum et de Kraepelin les auteurs ont recherché d'abord les symptômes physiques. Ils ont observé la constance d'une période de début progressif auquel fait suite une attaque aiguë avec troubles digestifs, irrégularité cardiaque et pression artérielle progressivement accrue, peau moite et souvent pustuleuse, cessation des règles chez les femmes, troubles de la sensibilité, pupilles paresseuses et dilatées, troubles profonds du goût et de l'odorat, incontinence d'urine et des matières fécales, exagération de tous les réflexes et, par moments, spasmes catatoniques. Comme état mental, une confusion complète avec hallucinations pénibles de l'ouïe, des crises d'excitation avec impulsions. Une hyperleucocytose dont les caractères prouvent une toxémie virulente à la fin de cette période aiguë. La seconde période, période de stupeur, est beaucoup mieux connue; elle guérit ou fait place à la démence.

Dans un de leurs cas les auteurs ont isolé du sang un petit streptocoque qui, dans les deux tiers des cas de catatonie au début, est agglutiné par une agglutinine qui semble spécifique. En l'inoculant à des lapins par ingestion ou injection intraveineuse, on leur donne une maladie qui guérit en six semaines et les laisse immunisés. Un sérum thérapeutique essayé par les auteurs ne leur a pas donné de résultat, pas plus que l'immunisation directe des malades à la période de stupeur au moyen de cultures stérilisées ; mais dans un cas pris au début, cette méthode a donné un excellent résultat.

La catatonie est, en résumé, une maladie toxique aiguë à marche définie, sauf le pouvoir de résistance de l'organisme.

XXVII. — *Les infirmières femmes pour les malades hommes dans les asiles*; par A.-R. Turnbull (numéro d'octobre). — Quand on parle d'infirmières pour les hommes, c'est surtout pour élargir un système qui existe presque partout en Angleterre, du moins jusqu'à un certain point. L'auteur nous expose la pratique de l'asile de Meeremberg, près Haarlem, et Whilelmina Hospital à Amsterdam qu'il a visités et sa propre expérience à l'asile de Fife. Très partisan du soin des aliénés par les femmes, c'est surtout à ceux qu'atteint une maladie physique et aux chroniques paisibles qu'il l'applique: ce qui n'empêche que les soins féminins ne

Digitized by Google

conviennent aussi aux aliénés alités, aux vieillards, aux convalescents, à d'autres encore. Les femmes assurent mieux que les hommes la propreté, l'ordre, la bonne tenue. Mais elles s'accommodent mal d'être mêlées dans un même service avec les hommes et ceux-ci seront toujours indispensables pour quelques catégories de malades telles que les agités.

XXVIII. — *Un cas de double conscience*; par Albert Wilson (numéro d'octobre). — Cette observation prolongée pendant quatre ans est celle d'une jeune fille intelligente qui, à la suite d'une méningite post-grippale survenue à l'âge de douze ans, présente une série de personnalités secondes, qui, d'abord rares, finirent par supprimer complètement l'état normal. Chacun des états seconds apparaît puis disparaît, parfois pour réapparaître; ils ont leurs caractères spéciaux, se continuent avec eux-mêmes aux apparitions suivantes, s'ignorant l'un l'autre, mais ayant une vague conscience de la personnalité normale qui les ignore tous, à tel point qu'une névralgie dentaire n'est ressentie que dans un des états anormaux. Les transitions se font sans motif avec pâleur ou perte de connaissance; il n'y a pas d'épilepsie. Les connaissances acquises et le caractère sont différents du tout au tout, de l'un à l'autre de ces états dont voici la série avec le nom que la malade se donnait dans chacun : Etat maniaque, rare, avec peurs et soif ardente. — « Une chose. » Ecriture renversée, amnésie, caractère enfantin, catalepsie. — Paraplégie fréquente, ignorance; état commun la première année. — « Le Diable », état fréquent; mauvais caractère, sait lire et écrire, bonne santé générale. — Sourde-muette; cinq courtes apparitions. — « Enfant de trois jours », n'apparut qu'une fois. — « Bonne chose » ou « Bon enfant ». Intelligente et polie, s'instruisait et apprenait le français, seul état où cela fût possible; devint peu à peu un état permanent. — « Adjuica Uneza », ne parut qu'une fois; mémoire excellente de ce qui s'était passé avant sa maladie depuis l'âge de deux ans. — « Vieille d'un jour », ne parut qu'une fois; comme état neutre ce fut la table rase. — Imbécile, aveugle, sourde parfois, paralysée, mais dessinait très bien, ce qu'elle ne faisait pas autrement. — Dégénérescence morale, cruelle et violente. — Voleuse, discours socialistes. — Etat d'adolescente, affection pour l'autre sexe, caractère indépendant.

XXIX. — *L'enseignement de la psychologie dans les Universités des Etats-Unis*; par Ch. S. Myers (numéro

Digitized by Google

d'octobre). — L'enseignement de la psychologie est porté à un haut degré en Amérique. Dans les universités où les programmes à option tendent à se substituer aux programmes fixes, un très grand nombre d'étudiants choisissent cette matière comme sujet d'études. Les cours en sont nombreux, la lanterne à projections y est d'un usage courant; des laboratoires sont souvent largement ouverts aux étudiants; l'auteur nous décrit les méthodes de travail des principales universités de l'Amérique de l'Est où les travaux pratiqués sont merveilleusement organisés. Les étudiants qui, ayant passé le *baccalauréat ès arts*, veulent arriver au doctorat de philosophie, ont à leur tour de nouvelles facilités de travail selon les méthodes propres à chacune des universités.

La plupart de ces étudiants se destinent à des professions très variées, aux affaires souvent; d'autres deviennent des hommes de lettres ou entrent dans l'enseignement à tous ses degrés.

XXX. — *L'épilepsie ne peut être causée par des conditions toxémiques*; par W. Hamilton Hall (numéro d'octobre). — L'épilepsie n'est pas due à une cause toxique digestive : les régimes produisent de bons effets trop restreints pour qu'on puisse accuser les aliments de provoquer l'épilepsie et, quant à parler de toxines produites par la digestion, pourquoi serait-ce un privilège des seuls épileptiques? Il n'y a donc pas là de rapport de causalité. De l'épilepsie « idiopathique », nous ne connaissons que le fait de l'exagération désordonnée des fonctions variées, digestive ou cardiaque par exemple; ces phénomènes digestifs peuvent aisément être la cause des troubles dyspeptiques, cela ne suffit pas pour trouver en l'estomac, comme on le fait si souvent, la cause de l'épilepsie. Il est très important de ne pas se payer de mots et de bien séparer les faits connus des simples conjectures.

VICTOR PARANT FILS.

JOURNAUX ITALIENS

Il manicomio

ANNÉE 1902

I. — *Remarques et détails d'anatomie pathologique chez certains aliénés*; par le professeur G. Angiolella (n° 1). — La science moderne s'adonne, surtout, à l'étude microscopique de la

Digitized by Google

substance cérébrale dont elle cherche à reconnaître les réactions intimes, soit normales, soit pathologiques. Peut-être, même, se montre-t-elle, en ceci, légèrement exclusive et néglige-t-elle, un peu trop, l'examen macroscopique, non seulement des centres supérieurs, mais, aussi, des autres organes, qui cependant, peuvent, occasionnellement, offrir à l'observateur des modifications intéressantes, plus ou moins liées à la forme mentale constatée chez le sujet. Partant de cette vue, M. Angiolella épluche les quatre cent cinquante autopsies portées dans les registres de son asile et nous donne, sous forme de tableaux, le relevé de toutes les lésions importantes rencontrées en chemin, au sein des différents organes : cerveau, poumon, reins, intestins, etc., etc.

II. — *L'unité fondamentale des processus psychopathiques. Essai*; par le professeur F. del Greco (n° 1). — Au cours de travaux antérieurs, l'auteur a présenté des faits et des arguments à l'appui de cette idée que les formes psychiques déterminées ne sont autre chose que des dégénérescences ou des désordres de constitution, de tempérament, de caractère, etc., c'est-à-dire des aspects nombreux de l'unité d'où résulte l'individualité somato-psychique. Il a, plus encore, insisté sur ce point à propos des psychoses féminines. Aujourd'hui, il entend reprendre l'argument et l'examiner dans ses relations avec les différents âges de la vie.

Les syndromes psychopathiques bien définis dans leurs caractères psychologiques se réduisent, en dernier ressort, à quatre types : la manie, la lypémanie, la confusion simple ou hallucinatoire, la paranoïa. « Si nous réussissons à constater, « au cours des différents âges, la naissance sur un tronc com- « mun de ces symptômes et des différenciations spécifiques de « l'individu somato-psychique, comme, aussi, l'atténuation de « ces syndromes accompagnant l'involution individuelle, ce « sera un pas important dans le sens de l'unité fondamentale « des processus psychopathiques. » Dans l'enfance, c'est-à-dire jusqu'à quatre ans, environ, on peut considérer l'homme comme asexué ; jusqu'à l'adolescence, du reste, il ne varie encore que faiblement, à ce point de vue. C'est la période où prédomine le pouvoir d'assimilation nutritive, où se développent les organes. Avec l'adolescence, s'accentuent les différences sexuelles, s'établit le tempérament : c'est l'époque critique d'intégration et de spécification, tant organiques qu'intellectuelles; la jeunesse est l'épanouissement de l'être humain ;

Digitized by Google

l'eurythmie organique est son lot, la grande fougue des passions et des idées ; elle aboutit, ainsi, à la maturité, où le caractère et l'intelligence apparaissent en pleine éclosion, en pleine vigueur. Mais, cette plénitude même est voisine de la décadence. « Le tempérament, au cours de cette étape, commence à descendre la courbe vitale, révélant, avec l'apparition de certaines maladies ou dispositions héréditaires, ses défections individuelles. » La vieillesse tend, par son expression générale, à se rapprocher de l'enfance : les passions s'apaisent, les fonctions se ralentissent, le pouvoir sexuel diminue et disparaît, la mentalité décline ou, tout au moins, manque d'élasticité. — Or, les psychopathies dans leurs formes, leur marche, leurs caractères spéciaux, suivent les variations ci-dessus. Les maladies de l'adolescence, bien que plus diverses, peuvent se joindre à celles de l'enfance, vu la note commune : « elles représentent une phase critique, phase initiale de différenciations nosographiques ». En outre, elles revêtent, surtout, la forme maniaque. Celles de la vieillesse ressortissent plutôt à la lypémanie ; elles démontrent l'usure de l'élément organico-nerveux. Dans l'âge mûr, prédominent la paranoïa, les folies systématisées, au sein desquelles transparaît la déchéance du caractère; moins l'âge est avancé, plus l'allure systématique des psychoses s'efface devant l'accentuation supérieure des phénomènes cénesthésio-émotifs ayant leur source dans les troubles du tempérament. Pendant la jeunesse, les formes cénesthésio-émotives ou sensorio-émotives sont, en effet, prépondérantes; comme aussi, l'adolescence est, surtout, sujette aux folies sensorio-confusionnelles ou névrosiques.

L'auteur, reprenant en détail ces différents points, les développe, les discute, puis se résume ainsi : « L'individualité normale considérée selon son histoire, d'après l'âge, le sexe, l'individu, nous dévoile les premiers linéaments de ces phénomènes psycho-organiques dont l'exagération ou l'éclipse, durant l'accès mental, déterminent en celui-ci des différences caractéristiques. Ces différences et, en général, les formes ou les classes psychopatiques ne sont pas nettement tranchées, mais émanent d'un tronc commun : elles s'établissent, non seulement par les changements particuliers de l'individualité somato-psychique en rapport avec l'âge, le sexe, les caractéristiques individuelles, mais, aussi, *par ces mêmes variations combinées avec la qualité et le degré de la dégénérescence.* A proprement parler, le premier élan dans l'éclosion des *espèces*

Digitized by Google

ou des formes psychopathiques est donné, sans doute, par les variations de l'individualité normale, sans cesse en mouvement, sous ses aspects organique, statique (constitution) et dynamique (tempérament de cérébration élevée). Mais, ces variations ne suffisent pas : il faut encore l'intervention de facteurs d'épuisement ou, mieux, de l'*élément dégénératif* qui, en divers cas, se révèle à nous par des déviations, acquises ou congénitales, de tempérament et de fonctionnement cérébral. A la genèse des classes psychopathiques contribue une aggravation d'altérations individuelles de majeure importance : celle qui résulte de facteurs nettement héréditaires ou congénitaux, — si ce n'est des uns et des autres, en même temps, — *ceux-ci déviant beaucoup, rendant inharmonique le développement individuel* et révélant leurs effets, en particulier, par de profondes et visibles anomalies de constitution. Dans l'un et dans l'autre cas, nous pouvons conclure que l'élément dégénératif, altérant l'individu, troublant son développement, dissout les tempéraments, les constitutions, les intelligences, les caractères, en accentue certains côtés, en efface d'autres, plus ou moins profondément; non au hasard, mais suivant des lois *déterminées partiellement à l'origine*, par les formations de la vie normale; il contribue, ainsi, à la genèse d'espèces ou de classes psychopathiques distinctes et multiples... »

III. — *Les oscillations de l'échange matériel chez l'épileptique*; par les Drs U. Alessi et A. Pieri (n° 1). — La disharmonie morphologique et fonctionnelle est caractéristique de l'épilepsie (asymétrie faciale ou thoracique, plagiocéphalie, déviations ou altérations organiques, gauchisme, anomalies intellectuelles, etc.); les auteurs se sont, par suite, demandé si des perturbations analogues ne se rencontreraient pas au cours des transformations matérielles biologiques, et, plus particulièrement, en ce qui concerne la sécrétion urinaire. Ils ont donc expérimenté sur sept malades, choisis parmi ceux présentant, par intervalles, de notables variations de caractère. Les recherches ont particulièrement visé la sécrétion de l'urée et de l'acide phosphorique; elles ont duré de vingt-sept à trente-sept jours, les sujets étant maintenus au régime ordinaire de l'asile. Pas de médication spéciale, sauf quelques légers laxatifs, afin d'éviter des phénomènes d'auto-intoxication avec exagération du chiffre des crises. L'urine des vingt-quatre heures était recueillie, mesurée, examinée à l'endroit de sa transparence, sa couleur, sa réaction, sa densité, sa teneur en sulfates,

Digitized by Google

chlorures, indican, urobiline, albumine, sucre, — enfin, en urée (Esbach) et en acide phosphorique (Neubauer).

Le volume de ce liquide s'est toujours maintenu faible, en général, avec des oscillations marquées, cependant, d'un jour à l'autre. On n'a jamais vérifié un rapport constant entre les journées d'excitation grande et celles signalées par une exagération de quantité en plus ou en moins. Trois fois, seulement, il y eut coïncidence entre les attaques et une notable augmentation d'urine ; d'ordinaire, aucune relation n'était perceptible entre les deux ordres de faits. Le poids spécifique, presque toujours élevé, est, généralement, en rapport inverse avec la masse du liquide émis ; ici, encore, on observe d'amples et rapides oscillations, très souvent parallèles aux variations subies par la courbe de l'acide phosphorique. La réaction fut, quasi constamment, acide ; chez un malade seul, et durant dix-sept jours, correspondant à une période d'excitation plus grande, l'alcalinité fut de règle. Jamais on n'a constaté ni sucre ni albumine ; le chiffre de l'urée se maintient assez bas, le plus ordinairement. La courbe de l'acide phosphorique, est, elle, digne d'intérêt : l'élimination de ce produit est sujette à des oscillations amples et rapides, mais qui ne dépassent, pourtant, jamais la moyenne ; elles se rencontrent dans toutes les observations, quoique plus évidentes chez certains. On ne peut dire qu'il existe un rapport constant entre les oscillations et les jours de crises, le nombre des cas en expérience étant trop faible pour asseoir une affirmation semblable ; mais, ce qui résulte clairement des graphiques établis, c'est que de rapides et très fortes oscillations se produisent, non seulement dans les périodes intervallaires, mais, encore, là où ne se manifestent pas d'accès épileptiques ; « par suite, s'il n'est pas permis d'inférer que ces promptes variations dans l'élimination de l'acide phosphorique représentent des équivalents comitiaux, elles démontrent, du moins, que, chez l'épileptique, outre les inharmonies constamment observables dans la sphère somatique et les écarts perceptibles dans l'ordre fonctionnel, réside une instabilité pour ainsi dire quotidienne des échanges matériels... D'où, cette conclusion que le défaut d'équilibre dans les forces organo-génétiques (donnant lieu aux asymétries) comme dans le domaine physique ou psychique (origine des variations fonctionnelles organiques et mentales) est en rapport direct avec un état oscillatoire de l'activité chimique des divers tissus de l'organisme ».

Digitized by Google

IV. — *La folie dite polynévritique*; par le Dr Esposito (n° 2).—C'est de Korsakow que date le groupement, sous cette dénomination, d'une névrite multiple et de troubles psychiques spéciaux, intéressant particulièrement la mémoire et l'association des idées. C'est une folie toxique secondaire, les agents infectieux causant, d'abord, directement ou non, la polynévrite par altérations cylindraxiles, avec retentissement sur les cellules des cornes antérieures, puis des lésions cérébrales lointaines avec troubles intellectuels. Alors que certains auteurs admettent comme maladie nettement définie la psychose de Korsakow, certains autres ne veulent y voir qu'une variété de l'obnubilation confusionnelle. M. Esposito rapporte deux observations, à l'effet d'éclairer un peu la question.

L'une a trait à un quadragénaire, sans antécédents familiaux, mais buveur d'habitude, qui tombe malade en avril 1901. Insomnie, inquiétudes, inaptitude au travail. Craintes de vol; cachettes multiples; soupçons à l'égard de ses frères. Hallucinations visuelles et auditives; désorientation de temps et de lieu, amnésie des faits récents, méconnaissance des personnes; alternatives d'agitation et de dépression anxieuse; deux tentatives de suicide. Troubles notables de la marche : les jambes fléchissent durant la progression, jusqu'à traîner,—au point qu'on doit soutenir le malade. Ni tremblements, ni troubles trophiques de ces membres; suppression, à ce niveau, de la sensibilité tactile et thermique; perception algique insignifiante. Pas de douleurs spontanées; exagération du réflexe patellaire. Fin août, amélioration commençante, retour de la conscience, du jugement, des sentiments affectifs, attention encore faible, réponses souvent contradictoires. Accentuation progressive du mieux-être jusqu'au milieu de septembre. Guérison complète : lucidité, calme, travail. L'état physique s'améliore parallèlement. Le seul facteur étiologique important est l'alcoolisme, en dehors de tout surmenage et de tout choc physiologique, mais sans les caractères d'un délire spiritueux caractérisé : pas d'antécédents psychopathiques ou dégénératifs spéciaux; la forme mentale a, surtout, revêtu les allures de la *confusion mentale hallucinatoire.*

Les phénomènes somatiques permettent de se demander : polynévrite ou poliomyélite? Après discussion, l'auteur penche pour la première hypothèse. Il s'agit donc, ici, d'une « psychose de Korsakow », mais voisine, par certains points, de l'obnubilation confusionnelle; on pourrait dire que cette expression

Digitized by Google

« représente une forme intermédiaire entre la seconde et la troisième catégories de Ballet ».

Le second cas traite d'un paysan de trente-cinq ans, sans hérédité. Syphilis négligée à vingt-sept ans, avec contamination de l'épouse; pas de manifestations lointaines. Paludisme grave, en 1900. Habitudes alcooliques anciennes. Troubles intellectuels, en avril 1901 : somnolence, confusion mentale, incapacité cogitative, relâchement de tous les membres. Ensuite, état comateux pendant dix jours; puis, agitation subite, avec impossibilité de tourner l'œil droit en dedans. Mêmes phénomènes jusqu'en juin, époque où les perturbations mentales augmentèrent d'intensité : insomnie, désorientation, délire inconsistant, hallucinations, désordre des actes (précipitation dans un escalier, par une fenêtre, etc.). Oreilles inégalement situées, sessiles; asymétrie faciale. — A l'asile : malade tranquille, mais désorienté, confusionné, angoissé; affaiblissement des capacités intellectuelles, de la mémoire (surtout récente), de la perception. Vertiges qui vont jusqu'à faire choir le malade, quand il veut se lever et marcher, allure incertaine, titubation. Rotation externe, persistante, de l'œil droit. Réactions pupillaires régulières; champ visuel normal. Exagération patellaire; tremblement des mains. Sensibilité générale et motilité indemnes. Déchéance physique. Le séjour à l'asile, aidé du traitement spécifique, amène une amélioration rapide et la sortie du malade au mois d'août. — Ici, l'intoxication est triple: syphilis, alcool, paludisme; une cause morale (emprisonnement) a déterminé l'éclosion de la psychose; les symptômes de celle-ci, comme sa rapide guérison, lui donnent toute l'apparence d'une *confusion mentale transitoire aiguë* dont elle se distingue par l'amnésie rapide des faits récents; amnésie assez complètement disparue avec la guérison pour que la mémoire puisse retrouver même les incidents principaux de la période morbide. Ce caractère en fait bien une psychose polynévritique.

Ces caractères de l'amnésie (oubli rapide des faits récents, récupération totale de la mémoire après guérison) ont été donnés comme pathognomoniques de la maladie de Korsakow, au point que toute psychose d'allure confusionnelle et d'origine vraisemblablement toxique présentant ces particularités mnémoniques, en dehors même de troubles nerveux périphériques ou centraux, est dite volontiers psychose polynévritique. La chose paraît excessive à notre auteur qui objecte que ces différents symptômes, surtout la polynévrite et les troubles intellec-

Digitized by Google

tuels sus-énoncés, ne vont pas fatalement de pair et peuvent très bien constituer des affections isolées, comme l'observation le démontre tous les jours. Les modifications de la mémoire, notamment, sont celles que Kraepelin décrit à propos du delirium tremens, que Tiling a notées dans la démence sénile et le traumatisme cérébral, que l'auteur, enfin, releva chez maints confusionnés plus ou moins alcooliques et qui, somme toute, constituent un symptôme commun à tous les procès pathologiques toxi-infectieux du système nerveux central; ses modalités varient avec les agents pathogènes et les conditions individuelles. Il manque, donc, à l'amnésie de la psychose polynévritique, un caractère pathognomonique, comme il manque à la maladie elle-même une empreinte caractéristique... Il convient, plutôt, nettement, « de la rattacher au grand cadre symptomatique de la confusion mentale ou, si l'on désire plus de précision, on pourrait la comprendre, comme Kraepelin, mais, sans lui assigner une place trop distincte et quasi autonome, parmi les folies infectieuses ».

V. — *Imbécillité, asexualité. Note clinique*; par le professeur G. Angiolella (n° 2). — P.-P. A..., garcon de dix-huit ans, est né de mère inintelligente et de père bègue; il fut toujours faible d'esprit, inapte au travail et est demeuré d'aspect infantile. Calme et docile, dans l'établissement, — où il a séjourné plusieurs fois, — il se montre, au dehors, tout autre, notamment à l'égard de sa marâtre qui, du reste, semble l'avoir toujours maltraité. On relève, chez cet adolescent, de nombreux stigmates physiques, en particulier une légère gynécomastie, un abdomen développé, des fesses proéminentes, une incurvation dorso-lombaire assez profonde; sa taille est courte, son larynx peu saillant. Pas de poils sur tout le corps, sauf au cuir chevelu. Les testicules manquent dans un scrotum réduit à une très légère tumeur cutanée, sillonnée d'un raphé médian, à peine visible. En haut de ce raphé, immédiatement sous l'arcade pubienne, saille une excroissance, longue d'un centimètre sur un diamètre moitié moindre, représentant une verge rudimentaire, sans corps caverneux, et réduite à un appendice cutané traversé par le canal urétral; érection impossible. Le sujet, dans sa conduite, son attitude, ses allures, a tout l'extérieur d'un enfant, et d'un enfant peu intelligent. Deux ans auparavant, il a séjourné à l'asile; mais, durant ces deux années, aucun progrès intellectuel ne s'est accompli chez lui, aucun instinct sexuel ne s'est développé; il paraît, même, éprouver quelque éloignement pour les femmes; on

Digitized by Google

n'a, cependant, pas constaté de tendances passives ou uraniennes. Ce n'est pas un hermaphrodite, c'est plutôt un neutre, un insexué. L'auteur admet l'hypothèse d'une imbécillité asexuelle, due, en partie, et pour l'arrêt du développement corporel, spécialement, au défaut d'action, sur le trophisme organique, de ces principes encore ignorés qui forment les sécrétions internes des ovaires et des testicules, — en partie à l'influence anatomique et physiologique exercée sur tout le système nerveux par la défectuosité d'une zone, d'un centre, d'un ensemble de cellules ou de fibres cérébrales ayant pour origine l'atrophie de ces organes... Si, chez les idiots et les imbéciles, se rencontrent, toujours (Venturi), des troubles plus ou moins marqués, des manifestations diverses, physiques ou morales, du fonctionnement sexuel, il existe aussi des cas où, par contre, l'absence des organes génitaux et de leur fonction peut être cause d'un arrêt de développement cérébro-psychique, d'une forme spéciale d'imbécillité : cette forme appartiendrait au groupe que Freud, Kœnig, Tanzi nomment idioties cérébroplégiques et de Sanctis, cérébropathiques.

VI. — *La tendance au suicide et les suicides chez les aliénés*; par le Dr Raphaël Gucci (n° 2). — Etude bibliographique et personnelle dont la partie statistique et clinique est, surtout, intéressante. Il en résulte que, sur une section de 405 malades, figurent 132 individus ayant, à divers degrés et à différentes époques, manifesté des tendances au suicide; après un temps variable, 87 d'entre eux sont encore à regarder comme dangereux pour eux-mêmes, 14 comme très dangereux.

Les formes mentales principalement affectées par ces tendances sont la démence précoce, la mélancolie et l'épilepsie, chacune d'elles offrant son type de danger particulier. Le dément précoce est impossible à prévenir dans ses crises, vu qu'on ne saurait les prévoir, tant elles sont déterminées par des idées absurdes; le mélancolique les répète avec une ténacité, une désespérance extrêmes; l'épileptique est dominé, souvent, par son humeur bizarre ou par des impulsions inconscientes. Ces tentatives se continuent à l'asile; mais la surveillance les y rend beaucoup plus rares et, surtout, moins efficaces. Les suicides s'y produisent, cependant, mais en très petit nombre, grâce aux logements bien conçus, au petit chiffre des groupements, à l'habileté des gardiens. Ils sont plus nombreux chez les hommes, ont lieu, plutôt, dans les premiers jours de la séquestration, avant l'acclimatement. Dans un tiers des cas, ils surviennent

Digitized by Google

à l'improviste, sans que rien les ait annoncés ; le mode prédominant est la pendaison, plutôt diurne, pratiquée en des lieux écartés, sans grande surveillance. Ils atteignent surtout les déments précoces et les mélancoliques ; les comitiaux doivent au bromure d'y échapper davantage. Certains malades, sortis améliorés de l'asile, d'autres même guéris, se détruisent exceptionnellement, les causes ordinaires du suicide ayant, derechef, agi sur eux.

La surveillance la plus stricte, la répartition judicieuse des suspects en des locaux multiples et appropriés, la rigoureuse suppressiou des objets dangereux, l'agencement des fenêtres, l'action morale (traitement humain, entretiens sympathiques, distractions), sont les moyens à mettre en œuvre dans le traitement préventif du suicide.

VII. — *La rage. Note clinique et histologique*; par le professeur P. Angiolella (n° 3). — Observation d'un enfant de trois ans mordu au visage par un chien enragé, puis traité à l'Institut Pasteur de Naples, mais seulement vingt jours après l'accident, grâce aux lenteurs administratives. Trente injections de sérum spécial lui furent faites : dix de plus que d'habitude, vu le siège, la gravité de la blessure et le retard apporté dans le traitement. Rentré dans sa famille au bout d'un mois, le patient ne tarde pas à présenter des symptômes fâcheux, tels que : vomissements, fièvre, douleurs au point d'injection (paroi abdominale), hallucinations terrifiantes, etc. Constipation, abattement entrecoupé de sursauts avec larmes et cris ; inappétence, photophobie très légère, pas d'hydrophobie véritable; le malade boit, même, assez volontiers et facilement. Une potion au chloral et bromure de sodium détend nettement la situation : nuit assez bonne; amélioration consécutive de tous les symptômes sus-indiqués, puis, reprise nouvelle avec aggravation; dyspnée. L'affaiblissement des forces générales progresse, mais la lucidité se maintient; la déglutition reste normale. L'enfant meurt, ainsi, doucement, deux mois après le jour de sa morsure. L'autopsie et les expériences instituées sur des animaux témoins (inoculations) démontrent bien qu'il s'agit d'un cas de rage. Le tableau clinique présenté par le sujet n'en demeure pas moins anormal; manquaient, en effet : le spasme bucco-pharyngien, jusqu'aux derniers moments; l'aérophobie et la photophobie qui le remplacent, parfois, d'après Roger; l'état général spasmodique et l'agitation psychique, à peine représentés par quelques sursauts et des hallucinations.

Digitized by Google

Il faut donc songer à un accès de rage atténuée, et atténuée par le traitement pastorien. Si celui-ci n'a pas amené la guérison, on doit l'attribuer tant à la gravité et au siège de la morsure qu'au retard apporté dans l'institution de la cure. Il semble, effectivement, que, le virus cheminant le long des troncs nerveux jusqu'aux centres médullaires ou encéphaliques, une lutte de vitesse doive s'établir entre lui et le sérum spécial, chacun d'eux gardant, immuablement, vis-à-vis de l'autre, dans ces centres, la position de premier occupant. Or, si l'on songe au grand nombre et à la brièveté des filets nerveux qui, de la face, se rendent à l'encéphale, il est aisé de concevoir que les délais écoulés avant l'intervention aient largement permis au virus de s'établir en maître dans la place ; même immédiat, le traitement pouvait encore être douteux. Les statistiques s'accordent, au reste, sur la gravité des morsures à la tête qui fournissent une mortalité de 2,23 p. 100, alors que celles des mains la laissent à 0,66 p. 100, et celles du tronc et des membres, à 0,32 p. 100.

Il faut retenir de ce cas, même défavorable, que la sérothérapie rabique peut atténuer singulièrement les syndromes habituels, et avoir en mémoire, certaines observations l'ont démontré (Laveran, Chantemesse, Hogges), qu'elle permet la survie chez des individus ayant déjà manifesté des symptômes rabiques indéniables. Quant aux caractères pathognomoniques des lésions histologiques rencontrées et discutées par les différents chercheurs et les diverses écoles, quant à leur localisation même, l'auteur n'y ajoute guère foi ; ses vues sont plus générales. Il croit à des exagérations, des défauts d'optique dans la plupart des cas ; la rage est, comme tant d'autres, une maladie toxi-infectieuse et se comporte en conséquence. Elle produit donc des altérations dégénératives, plus spécialement chromatolytiques, des cellules nerveuses, pouvant atteindre jusqu'à la désorganisation, la destruction de ces éléments et, aussi, des lésions inflammatoires du tissu interstitiel. Ce qu'on peut ajouter, c'est que telles modifications cellulaires ou circulatoires sont plus marquées, plus étendues, ici, qu'ailleurs, phénomène en rapport avec la gravité de l'infection : de là, l'apparence de *nodules* due à l'intensité de l'infiltration leucocytique périvasculaire, — l'aspect de *tubercules*, de *néoplasmes* résultant de la prolifération consécutive dans les ganglions. Quant au siège de ces altérations, l'auteur ne le limite pas plus au bulbe qu'aux masses cranio-spinales : elles sont diffuses, généralisées à tout

Digitized by Google

le système nerveux ; peut-être, prédominent-elles, à la rigueur, dans telle ou telle région, par le fait de circonstances diverses, les unes soupçonnables, les autres inconnues (nature de l'individu inoculé, de la malignité du virus, du lieu de l'infection, etc.). Au total, M. Angiolella reviendrait, volontiers, à l'ancien concept de Benedikt et de Kolessnikoff qui considéraient la rage comme une *encéphalomyélite aiguë* avec formation de foyers miliaires autour des vaisseaux et des cellules nerveuses (opinion qui rappelle l'*encéphalomyélite parenchymateuse diffuse* de Golgi), en y ajoutant que ce procédé, en plus de l'axe cérébro-spinal, intéresse encore les ganglions spinaux et craniens.

VIII. — *La priorité des états affectifs dans les délires paranoïques*; par le Dr Andrea Grimaldi (n° 3). (Premier article sur le sujet; — l'analyse du travail complet sera faite ultérieurement.)

IX. — *La neuronophagie. Recherches histologiques*; par le Dr A. Esposito (n° 3). (Même observation que devant.)

X. — *Invention et personnalité. Contribution à la psychologie de l'homme de génie. Essai*; par le professeur F. del Greco (n° 3).—Dans une étude antérieure, l'auteur avait essayé d'analyser (à propos de Ph. Panizzi) le processus inventif et l'avait divisé en cinq stades : 1° phase d'élaboration subconsciente et de préparation ; 2° accroissement de la tonalité psychique et obnubilation mentale ; 3° explosion de l'idée géniale ; 4° détente, faiblesse et anémie consécutives ; 5° répétition périodique des deuxième et troisième stades et transformation de ceux-ci en une longue durée de semi-inspiration. Ces cinq moments, qui peuvent se retrouver dans la genèse de n'importe quelle œuvre, se répètent suivant toute la vie de chaque homme de génie. Le premier est spécial à l'enfance et à l'adolescence, ces grands esprits étant précoces, absorbés, fantaisistes ; le deuxième et le troisième caractérisent l'adolescence et, surtout, la jeunesse : c'est l'instant des désordres nerveux, des crises diverses, de l'ivresse idéative ; le dernier stade est celui de la maturité, de la vieillesse : âge de la vision consciente et complète, du polissage lent et pénible.

Dans l'invention, existent deux termes bien distincts, l'élément créateur, *constructif*, également dénommé *imagination*, et l'élément *critique*, ratiocinatif, analytique. Loin d'être nettement séparés, ils évoluent ensemble, fortement intriqués dès la naissance, en corrélation immédiate et constituant, par leurs vibrations opposées, tout le mouvement intime de l'esprit

Digitized by Google

humain. Par la prédominance de l'un ou de l'autre, dans l'aspect intellectuel de l'individu, se déterminent des types divers d'intelligence ; ceux-ci obéissent aux régles précédentes, mais à des degrés différents, selon leurs tendances personnelles.

Certains observateurs (Sergi, Lombroso) ont cru trouver, dans le développement de l'invention, des points de similitude et, même, d'identité entre l'idée géniale et l'idée fixe ; ce n'est point l'opinion de l'auteur. L'aliéné, dans l'élaboration de son délire, ne prend rien à l'expérience ; c'est exactement le contraire qui survient dans la genèse de l'idée géniale ; néanmoins, il peut arriver que, chez l'homme de génie, les manifestations de son intelligence soient marquées de dispositions anormales suggestives, qui lui sont propres. C'est le cas, en particulier, du génie mystique : saints, réformateurs, héros du sentiment, en général, etc.

L'invention, « fille de prédilection du travail inconscient et subconscient de l'esprit, est, aussi, un fait de sentiment et de volonté autant que d'intelligence ; elle dénote une orientation nouvelle de la personnalité, une jeunesse féconde d'âme et de pensée ». Elle serait, d'après Ardigo, un apanage de l'homme, quel qu'il soit ; on ne la remarque guère que, quand elle s'accentue, chez certains individus, sous l'influence des circonstances ; elle domine, chez l'homme de génie. Le génie est une individualité non stable, en passe de développements et de changements continus. Cet excès de développements psychologiques est-il accompagné de défaillances ? Chez les génies de sentiment, d'action, de pensée, on relève, souvent, une grande impulsivité, une subjectivité notable ; le processus d'adaptation et de critique leur manque parfois ; l'exubérance et l'inéquilibre psychologique ne sont pas étrangers à l'intégration du phénomène génial ; ce phénomène instable et merveilleux pourrait se classer entre les limites de l'épuisement et de la décadence. L'hypertrophie de certaines facultés s'accompagne, du reste, ordinairement, de nombreux stigmates dégénératifs, d'accidents nerveux, de disharmonie, etc.

Dans les développements de l'invention est enserrée, enveloppée, la personnalité du sujet avec toutes ses ressources et ses défectuosités ; en elle, est évidente l'activité synthétique, intégrative, note culminante de toute vie psychologique et qui s'observe, particulièrement, dans les phénomènes volontaires.

XI. — *Encore un cas de folie pellagreuse, dans l'Italie méridionale* ; par le Dr Esposito (n° 3). — Les pouvoirs publics

Digitized by Google

luttent énergiquement, en Italie, contre la pellagre ; les résultats obtenus sont, même, des plus encourageants et l'on peut dire que cette maladie est, là-bas, en excellente voie de disparition. Certains cas se produisent, cependant, encore, isolément, dans l'Italie méridionale ; quelques-uns d'entre eux, durant ces dernières années, ont eu, même, une origine commune. Ils procèdent d'une région que ses caractères économiques et climatériques semblent approprier à la conservation du processus pellagreux.

La malade dont il s'agit est une paysanne de vingt-huit ans, qui, à défaut de travail agricole, vit, parfois, de mendicité ; elle est séquestrée après une tentative de suicide. Dépression, effarement, désorientation locale et temporanée, perceptions lentes, hallucinations auditives, mémoire infidèle, attention affaiblie. Etat physique défectueux : déchéance nutritive, pâleur terreuse des téguments, rides, calvitie commençante, anémie. Au dos des mains, au cou, à la face, la peau est sèche, luisante, plus foncée. La marche est spasmo-parétique, la titubation évidente, dans la station unipède. Exagération des réflexes rotuliens, achilléens, radiaux, bicipitaux ; diminution des forces musculaires ; tremblement des membres supérieurs ; hypoesthésie tactile, hyperesthésie dolorifique. Guérison, après deux mois d'un traitement plus particulièrement tonique : bonne alimentation, quinquina, arsenic.

D'autres personnes que la malade, dans son village, se trouvaient également frappées de pellagre, à divers degrés, mais sans complications mentales. Cette affection atteint, de préférence, les pauvres et les mendiants, obligés d'employer comme nourriture le maïs altéré. La loi sur la pellagre est insuffisante à conjurer le mal ; ce qu'il faudrait obtenir, c'est la suppression totale du blé de Turquie dans l'alimentation humaine, et, en attendant, la limitation de cette culture aux endroits les plus favorables à sa maturation, comme, aussi, l'aménagement convenable des bâtiments ruraux destinés à en conserver la récolte.

XII. — *Contribution au traitement psychique de l'hystérie par la suggestion à l'état de veille* ; par le Dr A. Nava (n° 3). — Femme de trente ans, issue d'une famille névropathe, ayant, elle-même, toujours été plus ou moins hypocondriaque. Emotion violente occasionnée par l'écrasement d'une sienne fillette, sous une voiture : d'où, convulsions ; consécutivement, permanence d'une aboulie prononcée. Nouveau choc moral, produisant la paralysie du bras droit ; pas de contracture, après deux mois ;

Digitized by Google

flaccidité complète. Diagnostic primitif : monoplégie organique ; diagnostic révisé ; hystérotraumatisme. Traitement : purement persuasif, efficace, en trois séances.

XIII. — *Du réflexe scapulo-huméral* ; par le Dr Esposito (n° 3). — C'est le réflexe de Bechterew ; d'après lui, « pour le provoquer, il faut percuter avec le martelet sur le bord médian (spinal) du scapulum, au-dessous de l'angle interne (supérieur) de cet os, ou, mieux encore, sur le même bord, au voisinage de son angle inférieur ». Le mouvement, qui s'obtient, dans le dernier cas, est l'adduction de l'humérus et, souvent, aussi, une faible rotation en dehors (muscles sous-épineux et petit rond), parfois encore, mais, rarement, l'abduction du bras et une légère flexion de l'avant-bras sur le bras (deltoïde et fléchisseurs de l'avant-bras, le biceps en particulier). Le deltoïde réagirait, *toujours*, plus ou moins, chez l'homme sain. Hænel, puis Steinhausen ont voulu mettre en doute l'existence de ce réflexe ; mais il semble bien que leurs expériences n'aient pas été conduites avec la rigueur désirable. L'auteur les a donc reprises, par deux fois, et nous communique les résultats obtenus : disons, tout de suite, qu'ils confirment pleinement les assertions de Bechterew : 1° sur 32 personnes saines des deux sexes, le réflexe n'a jamais manqué, égal des deux côtés, faible, seulement, une fois (3,12 p. 100) ; 2° sur 176 aliénés, il fut : absent, 2 fois (1,13 p. 100) ; normal, 78 fois ; exagéré, 61 fois ; affaibli, 24 fois ; douteux, 11 fois. Quant à la valeur de ce réflexe, comparativement à la réaction patellaire, par exemple, les statistiques de Bannister, d'Eulenburg, de Bloch, de Pelizæus permettent d'en juger ; d'après ces cliniciens, le phénomène aurait manqué entre 0,20 et 0,72 p. 100, tandis que le réflexe scapulo-huméral fut, toujours, évident chez 32 personnes raisonnables, et absent 1 fois (13 p. 100) seulement, chez les aliénés en expérience. Si l'on songe à l'inconstance notoire et à la faible évidence des autres réflexes du membre supérieur, on accordera l'importance qu'il mérite à ce témoin de la réactivité des étages élevés de la moelle ; d'où cette conclusion de l'auteur : « Le long de tout le bord médial (ou médian) du scapulum, existe une importante zone réflexogène dont le point culminant, pour l'intensité, la précision, la constance et la valeur des résultats, est celui déterminé par Bechterew (voisinage de l'angle inférieur). Toutes les fois, donc, que le clinicien voudra se rendre compte de la réceptivité du segment médullaire cervical (nerfs sus-scapulaire et circonflexe, Ve et VIe paires cervi-

Digitized by Google

cales), il pourra, de toute confiance, interroger ce réflexe qui, dans l'état actuel, est, très probablement, le plus constant parmi ceux du membre supérieur. » Quant à sa nature, elle serait aussi bien fasciale que périostique, l'excitation paraissant, à la fois, agir sur le périoste et l'aponévrose sous-épineuse qui le continue insensiblement.

E. Nicoulau.

Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale.

Année 1902.

Avant de présenter le compte rendu de cette année, félicitons les distingués directeur et collaborateurs du *Bolettino del manicomio provinciale di Ferrara* de se trouver dans l'obligation d'élargir leur titre et d'agrandir leur format et surtout de donner, dans leur intéressante revue, à ce qu'ils appellent la *technique manicomiale*, la place qui appartient à cette si importante partie de la Psychiatrie.

I. — *Du contraste psychique dans les maladies mentales* ; par le Dr A. d'Ormea (fasc. I). — Observation d'une malade de cinquante et un ans, qui depuis l'âge de vingt-six ans en est à sa dix-neuvième séquestration : Idées confuses, mais actives de suicide, de culpabilité, de damnation. Dès qu'elle est à l'asile, elle se calme, se rassure, travaille régulièrement et demande instamment à retourner à sa maison ; à peine sortie, elle retombe, se sent incapable de vivre dans la vie commune et rentre spontanément à l'asile. Sans trancher la question de diagnostic : état dégénératif, ou folie périodique, ou mélancolie..., le Dr d'Ormea constate que ce qui domine l'état nosographique de sa malade, c'est un trouble de la volonté « sous une forme typique de contraste psychique », une véritable phrénose de contraste qui, en admettant qu'elle puisse être par ailleurs considérée comme un symptôme isolé et susceptible de se rencontrer dans des formes psychopathiques diverses, revêt dans ce cas particulier une importance telle, qu'elle peut-être considérée comme « le noyau fondamental autour duquel s'est constituée toute la maladie psychique ».

II. — *Le traitement familial des maladies mentales* ; par le Dr L. Cappelletti (fasc. I). — Exposé historique et critique des

Digitized by Google

deux systèmes — belge et écossais — d'après lesquels se pratique à l'heure actuelle le traitement familial des aliénés. Le Dr Cappelletti estime que le traitement familial, utile au point de vue curatif, est réconfortant pour les malades et que son application est économique et facile, à la condition d'être pratiquée avec discernement et éclectisme. Il souhaite voir se généraliser cette méthode en Italie, où le peuple est aussi noble et généreux qu'en Ecosse et où les œuvres d'assistance ne doivent être en retard sur aucune autre nation. « Je suis d'avis, dit-il, qu'une grande partie des malades curables peuvent être, au moment opportun, placés dans les familles et que ce moyen est susceptible dans la plupart des cas d'activer la guérison. » — C'est dire que le Dr Cappelletti n'accepte point sans réserve le système belge, imité en France, auquel il reproche, au double point de vue médical et économique, la limitation étroite dans le choix des aliénés, l'agglomération trop considérable d'anormaux dans la même région, l'éloignement des asiles de traitement, les difficultés de transfèrement, de changement, l'insuffisance de surveillance médicale entraînant l'insuffisance de soins et aussi l'exploitation du malade. « Je crois, dit le Dr Cappelletti qu'il est plus facile et plus pratique d'appliquer en principe le système écossais, à forme disséminée, mais avec les dispositions qui ont été largement conçues en Allemagne à Dalldorf et à Herzberg. » Colonisation familiale, traitement familial fonctionnant dans le voisinage immédiat de l'Institut, prolongement de l'asile, intermédiaire entre l'hôpital fermé et la vie commune, applicables non seulement aux vieux déments mais à un grand nombre de dégénérés et de délirants aigus, organisés et dirigés par les médecins de l'asile, voilà bien, comme le pense le Dr Cappelletti, la méthode à adopter, celle qui est la plus conforme au bon sens et qui ne saurait manquer de donner les meilleurs résultats, aussi bien au point de vue médical qu'au point de vue social. Le Dr Cappelletti, qui exprime cette opinion très juste, que dans la pratique manicomiale les questions administratives et financières sont intimement liées aux questions médicales, et que les applications thérapeutiques feront des progrès d'autant plus sûrs et rapides que les médecins aliénistes sauront mieux concilier la science et l'économie, insiste sur la valeur économique du système familial. Il y a, sur ce point, matière à discussion. Il n'est point malaisé de prévoir que, lorsque le traitement familial se sera généralisé et sera appliqué, comme on peut le désirer, à 25 ou 30 p. 100

Digitized by Google

des malades actuellement internés, il se produira un double phénomène économique, très fâcheux pour les finances publiques : le prix de revient de l'aliéné hospitalisé augmentera notablement du fait de la perte de tous les chroniques travailleurs et de la diminution du nombre, et d'autre part le prix de pension des aliénés placés dans les familles sera considérablement relevé par suite du placement de malades improductifs ou réclamant des soins spéciaux et aussi par suite de l'augmentation de la demande.

Pour ma part je partage, au point de vue médical, l'opinion exposée par le Dr Cappelletti dans son remarquable article. Préparons l'application de la méthode du traitement familial, comme annexe, comme prolongement de l'hôpital asile; mais prenons-en notre parti et quittons nos illusions : cette méthode ne sera pas *économique*.

III. — *Sur un cas d'épilepsie tardive chez un aliéné*; par G. Muggia (fasc. I). — Un homme de cinquante-cinq ans, chargé d'une hérédité psycho et névro-pathique, atteint de délire mélancolique depuis vingt ans, sans aucun antécédent convulsif, est frappé, sans cause extérieure appréciable, d'un accès présentant tous les caractères de l'épilepsie. Au sujet de cette observation, le Dr Muggia discute les diverses opinions qui se rapportent à la question obscure des épilepsies essentielle, tardive, sénile et des accès épileptoïdes et épileptiformes. Devant la contradiction fragile des hypothèses et la ténuité flottante des différences cliniques, il se demande, avec Gélineau, « où s'arrête l'attaque épileptiforme ou épileptoïde et où commence l'épilepsie, et il tend à admettre, avec Tonnini, « qu'il y a l'épilepsie sans convulsions épileptiques, mais qu'il n'y a pas d'attaques épileptiques sans épilepsie ». Christiani et Lucchesi reconnaissent, comme cause déterminante de l'épilepsie, le substratum anatomique de l'aliénation mentale qui serait représenté par une lepto-méningite chronique avec sclérose et atrophie de la substance cérébrale, la cause prédisposante étant la dégénérescence héréditaire. Le Dr Muggia pense qu'il est plus logique d'admettre que, « sur le terrain dégénératif, germent et la folie circulaire et l'épilepsie : celle-ci reconnaissant pour cause occasionnelle l'artério-sclérose dans le cas spécialement considéré, et comme cause prédisposante une disposition spéciale du système nerveux ».

IV. — *Automatisme et somnambulisme hystérique avec hémiparésie et hémihypoesthésie de nature probablement non*

Digitized by Google

hystérique; par le Dr Cesare Mannini (fasc. 1). — Observation clinique concernant un homme de trente-huit ans avec prédisposition héréditaire aux lésions vasculaires du cerveau, ayant présenté des troubles répétés mais discrets du côté du système nerveux, particulièrement de la céphalée. Cet homme est brusquement frappé d'inconscience avec état délirant et hallucinatoire (zoopsie) : état qui dure trois jours et est suivi d'amnésie complète. A la disparition de celle-ci on constate de l'hémihypoesthésie sensitivo-sensorielle et de l'hémiparésie légère, mais totale, à droite ; exagération des réflexes tendineux et troubles de l'innervation oculaire. L'analyse clinique de ce cas intéressant conduit le Dr Mannini aux conclusions diagnostiques suivantes : automatisme et somnambulisme sûrement hystériques ; hémiparésie et hémihypoesthésie sensitivo-sensorielle n'ayant aucun des caractères de l'hystérie ; ces deux derniers symptômes peuvent être attribués à une lésion vasculaire cérébrale en rapport probable avec la névrose hémicranienne et avec une précoce mais indémontrable artério-sclérose.

V. — *Psychoses pellagreuses*; par le Dr Jacopo Finzi (fasc. I). — Observations cliniques et revue critique des diverses opinions exposées par les aliénistes au sujet des manifestations psychopathiques liées à la pellagre. Le Dr Finzi résume son travail dans les conclusions suivantes : Les maladies mentales dépendant de la pellagre sont différentes des psychoses aiguës confusionnelles, qui vont de la torpeur légère, du désordre et de l'égarement psychique jusqu'au syndrome « délire aigu ». Ces psychoses, malgré leurs grandes différences symptomatiques, sont toutes facilement réductibles au type clinique « Amentia ». Les psychoses pellagreuses ne trouvent point de place dans une classification clinico-symptomatologique des maladies mentales ; dans une classification clinico-étiologique, elles peuvent être légitimement mentionnées comme un groupe étiologiquement distinct des « Amentia ». L'étude des psychoses pellagreuses est un appoint à la doctrine unitaire de l' « Amentia », nom sous lequel on doit comprendre les états délirants et confusionnels aigus et subaigus qui ne font pas partie des autres maladies mentales. La nature des psychoses pellagreuses est en harmonie avec les vues étiologiques sur la pellagre et servent d'appoint à la doctrine toxique et autotoxique, d'après laquelle les pellagreux sont des « affamés empoisonnés ».

VI. — *Recherches comparatives concernant l'action de*

Digitized by Google

quelques hypnotiques sur le poule et sur la respiration; par les Dr C. Boschieri et L. Luglato (fasc. II et III). — D'expériences soigneusement conduites et pratiquées dans les conditions de comparaison les plus sûres à l'aide du pneumographe et du sphygmographe, les auteurs tirent les conclusions suivantes, intéressantes au point de vue des applications thérapeutiques, pour ce qui concerne le chloral, le sulfonal, le trional, l'hédonal et le dormiol. Le sulfonal exerce une influence très notable sur les centres cardiaque et respiratoire ; le chloral agit avec une violence moindre sur le cœur et la respiration ; le trional altère la fréquence respiratoire, mais exerce une moindre action sur le centre cardiaque ; enfin l'hédonal et le dormiol produisent les modifications les plus faibles, en produisant un sommeil peu différent du sommeil physiologique.

VII. — *Contribution à l'étude des phrénoses maniaco-dépressives et de la mélancolie d'involution* ; par le Dr Ruggiero Lambranzi (fasc. II et III). — La conception de Kraepelin, tendant à ranger dans une même case les diverses maladies qui jusqu'alors étaient tenues pour distinctes, la manie, la mélancolie, la folie périodique et la folie circulaire, et à constituer une seule entité, la phrénose maniaco-dépressive, caractérisée par le ralentissement psycho-moteur, qui la distingue de la mélancolie d'involution, est-elle justifiée? Le Dr Lambranzi entreprend de répondre à cette question à l'aide de recherches portant sur les aliénés admis à l'asile de Brescia pendant une période de sept années, de 1895 à 1901, et qu'il a pu suivre personnellement. Tout en reconnaissant que ce temps d'observation est encore trop court pour vérifier complètement la symptomatologie et l'évolution des formes kraepeliniennes, le Dr Lambranzi conclut de ses observations que la conception de la phrénose maniaco-dépressive est justifiée, mais que, sans nier la valeur pathognomonique du symptôme « ralentissement psycho-moteur », sans nier sa très grande importance, il est peut-être permis de n'accepter cette valeur qu'avec réserve, car « la solution des problèmes diagnostiques découle toujours de la réunion et de la combinaison de faits et de symptômes nombreux ; que la distinction d'une mélancolie propre à l'âge mûr ou sénile, manifestation d'involution, se différenciant des autres états morbides similaires par l'abence de ralentissement psycho-moteur ; la possibilité de guérison, d'amélioration, de récidive ou de passage à la démence se trouve également affirmée par les observations ».

Digitized by Google

VIII. — *Pour le diagnostic et le pronostic des maladies mentales*; par le Dr Alberto Vedrani (fasc. II et III). — Dans une série d'articles parus antérieurement le Dr Vedrani passe au crible de la discussion clinique un grand nombre d'observations se rapportant particulièrement à des cas d'intoxication, d'infection ou d'hystérie. Relevant les contradictions et les obscurités de la clinique, il se plaît à démontrer l'erreur de jugements qui ont fait école, comme celui de Mendel disant que « les délires fébriles se distinguent par la température qui les accompagne ». Ses conclusions se déduisent des intéressantes constatations suivantes : Une psychose, éclose dans la convalescence d'une infection diphtérique avec épuisement grave, a été la première manifestation d'une phrénose maniaco-dépressive ou circulaire; une psychose apparue dans les premiers jours d'un typhus, et qui persiste encore neuf mois après la guérison du typhus, est un état d'arrêt psycho-moteur typhique; une psychose ayant débuté dans les premiers jours d'une brève rechute de typhus, et guérie — après quelques symptômes catatoniques — dans un délai de cinq mois, a été une psychopathie d'infection; une psychose née dans la période fébrile d'une infection phlegmoneuse, et qui a guéri vingt jours après la chute de la fièvre, après avoir présenté les symptômes d'un accès maniaque et de paralysie générale à forme expansive, a été une véritable psychose d'infection.

IX. — *Syndrome « Paralysie générale » par cysticercose du cerveau*; par les Drs C. Ferrarini et G. Paoli (fasc. II et III). — Un héréditaire alcoolique présente à l'âge de quarante ans, avec une céphalée de début, le tableau clinique complet de la paralysie générale; il meurt dans le marasme avec des manifestations infectieuses, après une évolution morbide de deux années et avec le diagnostic « Pseudo-paralysie générale alcoolique ». L'autopsie montre, en plus des lésions ordinaires de la paralysie générale, l'existence à la périphérie des hémisphères cérébraux d'une trentaine de kystes à cysticerques, intéressant la pie-mère et la substance grise et siégeant principalement dans les zones rolandiques. Le microscope révèle, dans toute l'étendue du cortex, mais surtout dans les régions rolandiques et préfrontales, des altérations chroniques des cellules et des fibres, intéressant aussi le tissu conjonctif et les vaisseaux. Ces lésions dégénératives ne sont pas celles de la syphilis ni de l'intoxication alcoolique et peuvent être attribuées à une infection parasitaire. Il y aurait donc lieu de reconnaître une nou-

Digitized by Google

velle cause toxique, susceptible de provoquer dans le tissu nerveux, déjà altéré, une dégénération conduisant au syndrome « paralysiforme » et pouvant prendre place à côté des affections, comme le diabète, le myxœdème, l'ostéomalacie, l'acromégalie, auxquelles Kraepelin attribue un lien de parenté étroit avec la paralysie générale progressive.

X. — *L'action administrative économique et l'action médicale dans les asiles*; par le Dr Andrea Cristiani (fasc. II et III). — Dans un asile bien organisé, tous les services intéressant la science, la technique, le traitement, l'hygiène, la discipline, la gestion économique doivent être dans la main de la direction médicale. Ce *principe fondamental* de la technique manicomiale moderne, qui conduit aux meilleurs résultats médicaux et économiques, est cependant combattu par certaines administrations. Il est donc nécessaire que les aliénistes ne se lassent point de mettre en lumière, en face des mauvais résultats de la séparation des fonctions médicale et administrative, les bons effets de la réunion de ces fonctions. Dans une note brève, mais éclairée de quelques chiffres éloquents, le Dr Cristiani compare les résultats obtenus à l'asile de Lucques sous le régime des « Employés administratifs » jusqu'en 1899, avec les résultats obtenus sous sa direction en 1899 et 1900. Avant l'année 1899, la proportion des guérisons ne dépassait pas 8,79 p. 100; en 1899, elle atteignait 19,44 p. 100 et, en 1900, 47,71 p. 100. Avant 1899 les décès s'élevaient à 15 p. 100; en 1899, ils tombaient à 9,56 p. 100 et à 6,75 p. 100 en 1900. Au cours de 1898, 106 malades sur 581 étaient camisolés; en 1900, la camisole n'était plus appliquée qu'à 2 hommes seulement.

En 1898, sur 656 aliénés, on comptait 173 travailleurs; en 1900, sur 643 aliénés, 376 travaillaient. Pendant la période biennale 1897-98, il s'était produit 12 évasions, 1 suicide, 1 homicide et 1 blessure grave; pendant les années 1899 et 1900, on ne relevait plus qu'une seule évasion, et il ne se produisait aucun homicide, ni suicide, ni blessure grave. Au point de vue économique, le changement était aussi heureux et, bien que des améliorations très importantes aient été apportées dans les services de l'hygiène et de l'alimentation, le prix de journée des malades s'abaissait de 1 l. 57 à 1 l. 23. Sous forme de conclusions, le Dr Cristiani déclare très justement que « dans un asile, le médecin aliéniste doit être le pivot régulateur de tous les rouages médicaux et administratifs ».

XI. — *Sur la division du travail médical dans les asiles*;

Digitized by Google

par le Dr Carrado Ferrarini (fasc. II et III). — Exposé des inconvénients qui résultent, aussi bien pour le personnel que pour les malades des asiles, de ce fait que le directeur supporte le poids de toutes les responsabilités et de toutes les charges médicales et administratives. Sans vouloir d'aucune façon la « diminutio capitis » du directeur, le Dr Ferrarini voudrait qu'il n'ait point à s'occuper de tout ce qui regarde le malade d'une façon individuelle (traitement, discipline et organisation intérieure des sections). Il devrait y avoir, dans chaque asile, un médecin-chef pour 300 malades, sans compter le directeur, qui serait simplement chargé de la direction générale des services médical et administratif. Les arguments présentés par le Dr Ferrarini, vice-directeur de l'asile de Lucques, sous une forme plus discrète et moins personnelle, sont à peu près les mêmes que ceux mis en avant par quelques médecins-adjoints en France : impossibilité par le médecin-directeur de traiter et même de connaître le nombre considérable des malades, tendance fatale à échapper aux responsabilités et à faire passer la médecine après l'administration, abolition de l'initiative et de l'activité des médecins adjoints ou conflits médicaux entre eux et le directeur, etc.....

XII. — *Le bon sens dans la clinique psychiatrique*; par le Dr Alberto Vedrani (fasc. IV). — Au cours des discussions qui eurent lieu, au Congrès d'Ancône, sur la question de la « classification des maladies mentales », le professeur Bianchi faisait ressortir l'obscurité pathogénique de certaines formes psychopathiques, et émettait cette opinion, qu'en matière de classification, il n'était point nécessaire d'innover, et qu' « il fallait se contenter du bon, voire même du médiocre, devant l'impossibilité d'atteindre au meilleur ». Le Dr Vedrani s'élève vivement contre ce « nihilisme scientifique », qu'il considère comme un manque de logique, et auquel il oppose, comme Murri, l'appel au bon sens dans la médecine pratique. D'une façon générale, il proteste contre la « psychiatrie officielle et dominatrice, qui se passe d'observations, d'initiative et d'originalité, et qui, sur quelques vagues formules : dégénérescence, psychonévrose, démence, entre majestueusement « par la grande porte, dans le sanctuaire de la certitude ». Il faut abandonner la médiocrité du « nihilisme » pour suivre Kraepelin dans la voie d'une clinique psychiatrique nouvelle.

XIII. — *Psychose alcoolique chronique paranoïde*; par les Drs A. Vedrani et G. Muggia (fasc. IV). — L'observation

Digitized by Google

d'un cas personnel et l'analyse des faits déjà signalés, conduit les auteurs à admettre que, chez les alcooliques chroniques, à côté des deux formes morbides décrites, l'une par Korsakoff, l'autre par Kraepelin, il existe une variété fréquente, qui apparaît pendant ou après le délirium tremens, qui revêt des allures délirantes chroniques et variables — comme la forme paranoïde — qui peut évoluer vers l'amélioration, et présente en tous cas une marche, une durée et une issue différentes de celles qui ont été signalées antérieurement.

XIV. — *Observations sur la phrénose maniaco-dépressive*; par le professeur L. Roncoroni (fasc. IV). — Doit-on, comme Kraepelin, admettre que le syndrome « manie » et le syndrome « mélancolie », non liés à la phrénasthénie, cérébropathie, névrose et démence, doivent être réunis dans une forme morbide unique « la phrénose maniaco-dépressive »? Sans prendre parti ni pour, ni contre, le professeur Roncoroni présente des observations intéressantes, qui tendent à montrer que tous les cas d'excitation et de dépression, présentant les caractères complets de la phrénose maniaco-dépressive, ne sont pas frappés de récidive, ni rapide ni lointaine. D'autre part, il est établi qu'à côté d'un grand nombre de cas à forme paraphrénique, qui récidivent plus ou moins fréquemment, il est d'autres cas, à forme psychonévrosique, plus rare il est vrai, mais qui, depuis de longues années, n'ont manifesté aucune récidive. De sorte que, non seulement les caractères cliniques et l'évolution, mais encore le pronostic, diffèrent assez dans les deux formes pour qu'on soit autorisé à les tenir pour distinctes.

XV. — *Contribution à la psychologie des déments précoces*; par le Dr G. Muggia (fasc. IV). — « La démence secondaire ne recevra le « coup de grâce », déclare très justement le Dr Muggia, que le jour où il pourra être démontré qu'un accès maniaque ou mélancolique, éclaté et disparu depuis longtemps, présentait des symptômes particuliers qui devaient permettre de le relier à la démence, dont les signes ne se manifestaient que plus tard. » Le Dr Muggia présente un cas typique qui lui paraît poser la question dans ses véritables termes et contribuer à sa solution. Il s'agit d'un garçon qui, à l'âge de seize ans, en 1891, était interné pour un état d'agitation : diagnostiqué « manie » avec, entre parenthèse, « délire ponophobique »; il sortait guéri au bout de deux mois. Douze ans après, il est réintégré à l'asile. Le Dr Muggia relève, avec quelque ironie, le diagnostic de son lointain prédécesseur; à l'aide de quelques

Digitized by Google

notes et de quelques témoignages, il relève les caractères de l'état « maniaque » présenté il y a douze ans, et pose sans hésitation le diagnostic *actuel* de « démence précoce ». Enfin, passant en revue les différentes particularités de la démence précoce, présentées par les inventeurs de cette affection, il découvre dans l'état maniaque antérieur de son malade, les caractères de la démence précoce qui aurait ainsi pu être diagnostiquée douze ans plus tôt.

XVI. — *Sur la distribution du travail médical dans les asiles* ; par le Dr R. Tambroni (fasc. IV). — En Italie, les aliénistes, plus avancés qu'en France, ont obtenu la reconnaissance officielle de la réunion des fonctions médicale et administrative qu'ils considèrent, à juste raison, comme le principe fondamental de la « technique manicomiale ». La hiérarchie médicale des asiles italiens comprend donc : le médecin-directeur, les médecins « primari » ou adjoints, et les médecins « subalterni » ou assistants ou internes. De l'autre côté des Alpes, comme en France, il est probable que quelques médecins adjoints, assoiffés de progrès, effrayés de l'insuffisance des résultats curatifs obtenus dans les asiles, pitoyables au sort malheureux des malades, compatissants aussi à la misère des médecins-directeurs, écrasés par le cumul de leurs fonctions, ont trouvé que tout ce mal venait de ce que les médecins « primari » ou adjoints étaient soumis à l'autorité du médecin-directeur. Le remède est donc des plus simples et des plus certains : il suffit, comme le Dr Ferrarini, médecin-adjoint, vice-directeur d'asile, l'exposait dans un article précédent, d'enlever à l'autorité du médecin-directeur tout ce qui se rapporte au traitement et à l'hygiène individuelle des malades, ainsi qu'à l'organisation et à la discipline intérieures des sections. Les médecins-adjoints, qui ne seraient plus adjoints, mais en chef, seraient chargés, avec l'aide des assistants, de toutes les parties des services, dans lesquelles ils seraient responsables... et libres. De cette façon, le médecin-directeur — car nous savons tous qu'il ne s'agit point dans cette affaire de porter la moindre atteinte à l'autorité si respectable et si nécessaire du médecin-directeur — pourrait se consacrer avec plus de sérénité et de grandeur à la direction générale des services médicaux et administratifs ! Tel n'est point l'avis du Dr Tambroni, directeur-médecin de l'asile de Ferrare, qui n'est pas enclin à voir dans l'amputation médicale du médecin-directeur une source nouvelle de bonheur, ni pour les médecins-adjoints, ni pour les malades, et qui, avec un grand bon sens,

Digitized by Google

se demande s'il n'y a réellement rien de mieux à faire que de transformer le médecin-directeur en « porte-voix », en « juge conciliateur », et s'il serait vraiment très nécessaire au salut des malades qu'au moment où l'aliéniste est reconnu en possession de qualités et d'expériences requises pour la direction d'un asile, on le transforme précisément en un « bureaucrate quelconque ». L'idéal d'un aliéniste, dit le Dr Tambroni, — et tous les médecins-adjoints qui sont de futurs médecins-directeurs doivent être d'accord sur ce point —, doit tendre à autre chose qu'à trouver au sommet de sa carrière la jouissance d'une prébende discrète, dans une complète sinécure.

R. Charon.

Digitized by Google

BIBLIOGRAPHIE

La Neurastenia (La Neurasthénie); par le Dr L. Cappelletti, sous-directeur du Manicome provincial de Ferrare. Préface du professeur Bonfigli, de Rome. Un volume in-18 de la collection des *Manuali Hœpli*. Milan, 1904.

Résumer aussi brièvement une question de l'importance de celle de la neurasthénie n'est point chose facile, et on peut dire que Cappelletti y a complètement réussi. On trouve dans son étude, sans discussion oiseuse et sans étalage d'une vaine érudition, tous les points intéressants de cette vaste question : l'historique nous montre que dès le temps d'Hippocrate on rencontrait des neurasthéniques et que les vieux médecins avaient observé les principaux symptômes de la maladie que Beard isola en 1868 et dont après lui Morselli et surtout Charcot ont retracé les modalités les plus diverses, les accidents les plus disparates, tant dans la sphère psychique que dans la sphère somatique. Cappelletti résume dans un second chapitre l'étiologie et insiste, comme il le doit, sur le rôle du surmenage intellectuel, moral, sexuel, physique, scolaire, etc.; il montre ce qu'est la névrose traumatique de Charcot et quel rôle important joue la diathèse arthritique dans le développement de la maladie de Beard. L'auteur italien résume ensuite, appareil par appareil, et même organe par organe, les divers accidents que la neurasthénie peut causer : cet état de « faiblesse irritable qui domine l'état physique comme l'état mental du neurasthénique et dont c'est tantôt un élément et tantôt l'autre qui joue le premier rôle dans la scène morbide qui se déroule ». Une place est réservée dans ce tableau aux phénomènes que Charcot a désignés sous le nom de stigmates. Cappelletti résume, avec tous les détails qu'ils comportent, les plus importants des symptômes neurasthéniques, tout particulièrement les troubles de la cœnesthésie, du sens musculaire, du chimisme stomacal, des organes génitaux qui jouent un rôle si important dans les troubles psychiques dépressifs de l'homme et dans la pathogénie des idées de suicide. En effet, les troubles intellec-

Digitized by Google

tuels du neurasthénique ont une telle importance que Tanzi a pu dire que cette maladie est « le géant de la neuropathologie ». On y rattache, en effet, outre les anomalies de caractère, la folie du doute de J. Falret, le groupe des phobies, celui des tics, l'idée fixe et toutes ses modalités, les obsessions et les impulsions, la névrose d'angoisse d'Hartenberg, les troubles de la volonté (hyperboulie, aboulie, paraboulie) et même cet état d'abolition du sens moral que Morselli appelle paranoïa rudimentaire.

Ensuite Cappelletti étudie le pronostic et montre comment il varie avec les circonstances, puis le diagnostic, ce chapitre si difficile; car la neurasthénie, comme l'hystérie, peut être confondue avec bien des lésions organiques du cœur, de l'appareil génito-urinaire, du tube gastro-intestinal, du système nerveux, etc. L'auteur résume dans un chapitre les diverses théories qui ont cherché à expliquer jusqu'à aujourd'hui les troubles neurasthéniques et dont aucune ne satisfait encore complètement l'esprit; enfin il aborde l'étude de la thérapeutique prophylactique et curative, hygiénique et médicamenteuse de l'affection, et il indique combien fréquents sont les échecs, les rechutes, et combien il faut de patience et de tact pour arriver à un résultat souvent précaire.

L. Wahl.

L'instinct sexuel et ses manifestations morbides au double point de vue de la jurisprudence et de la psychiatrie; par le professeur Tarnowski. Préface du professeur Lacassagne. Vol. in-8° de 294 p. Carrington, éditeur, Paris.

Pour bien juger cet important ouvrage, il faut se rappeller qu'il est antérieur à la « Psychopathia sexualis » de Krafft-Ebing et à tous les travaux aujourd'hui si nombreux qui ont suivi dans cette voie ceux de l'éminent professeur de Vienne. Sans recherche de scandale comme sans pruderie, le savant russe a abordé le problème avec courage, en a envisagé les causes et les effets et a rectifié sur plusieurs points les données autrefois classiques de Tardieu et de quelques autres. Ce livre est l'œuvre d'un clinicien et d'un expert, ce n'est pas un traité complet de la matière. L'auteur divise les perversions de l'instinct génésique en deux grands groupes : 1° les malades chez lesquels ce trouble est sous la dépendance d'une tare héré-

Digitized by Google

ditaire et 2° ceux chez lesquels il est acquis. Dans le premier groupe il considère successivement : *a*) la pédérastie congénitale, *b*) les cas de pédérastie périodique plus ou moins analogues aux accès de dipsomanie et qu'on rencontre chez les dégénérés, et *c*) la pédérastie des épileptiques.

Dans le second groupe, celui des perversions acquises, nous trouvons d'abord la pédérastie acquise vraie, le vice contre nature produit de certaines promiscuités malsaines et de certains exemples — puis la pédérastie des vieillards (pédérastie sénile) et enfin la pédérastie des paralytiques généraux. Un dernier groupe est formé par les formes complexes de la perversion génésique, celui des fellatores et d'autres variétés de troubles génitaux, rares il est vrai, et que Tardieu a jugé bon de ne décrire qu'en latin, celui des assassins sadiques, des sodomistes violateurs, des nécrophiles, etc. Tarnowski indique une méthode particulière d'examen des pédérastes passifs dans la position génu-pectorale. Remarquons que nous ne trouvons dans l'ouvrage de l'auteur russe, aucun cas se rapportant à l'érotomanie, au fétichisme, ni celle d'aucun sujet du sexe féminin. Quoi qu'il en soit de ces lacunes, c'est une bonne fortune pour la littérature médicale que le savant ouvrage de Tarnowski ait été traduit en français.

L. Wahl.

Aromatici e nervini nell' alimentazione (Aromates et nervins dans l'alimentation) ; par Ad. Valenti. Un volume in-18 de la collection des *Manuali Hœpli*. Milan, 1903.

C'est surtout par la clarté de l'exposition, la simplicité du style, la pureté de la langue que se distingue le très intéressant ouvrage du Dr Valenti : son livre est avant tout une œuvre de vulgarisation scientifique ; il y étudie les condiments, l'effet de leur usage et celui de leur abus tout particulièrement, leur action sur le système nerveux, l'appareil digestif et les organes des sens ; puis il aborde la question de l'alcool et de l'alcoolisme qu'il résume avec un bon sens et une modération que l'on voudrait rencontrer plus souvent chez ceux qui ont entrepris le bon combat contre ce fléau. Les points de vue chimique, physiologique, clinique sont tour à tour abordés et résumés avec une compétence et une clarté qui font de l'ouvrage de Valenti une œuvre de vulgarisation de premier ordre. L'auteur fait de

Digitized by Google

larges emprunts aux savants français et est parfaitement au courant de notre littérature antialcoolique si riche en travaux de premier ordre.

Valenti étudie dans les chapitres suivants la caféine et les produits dont ce corps est le principe actif : le café, le thé, puis le maté ou thé de Paraguay, le cacao et le chocolat. L'ouvrage se termine par un appendice dans lequel l'auteur étudie d'une façon succincte le tabac et l'intoxication tabagique, non seulement chez ceux qui en font abus, mais aussi chez les ouvriers et les ouvrières des manufactures. Remarquons à ce propos que si la consommation de l'alcool est relativement modérée en Italie, celle du tabac y est excessive. L. WAHL.

Sulla pachimeningiti esterna cronica spinale (De la pachyméningite externe chronique spinale) ; par le Dr Attilio Belardi. Broch. in-8°. Extrait de la *Clinica moderna*, 1904.

Il s'agit d'un cas extrêmement rare de cette affection, survenu sans raison connue chez un homme de quarante-cinq ans qui ne présentait aucune tare acquise, syphilitique, alcoolique, traumatique ou autre, mais dans la famille duquel on trouve de nombreux épileptiques. Les symptômes consistaient depuis deux ans en symptômes localisés à la région dorso-lombaire et consistant en douleurs spontanées et à la pression, sensation de contriction, rigidité des mouvements avec exacerbations paroxystiques caractérisées par des fourmillements dans les articulations, des douleurs très vives irradiées le long du rachis, en un mot de l'hyperesthésie et de l'hyperalgésie de la région. De plus le sujet était devenu sombre, taciturne et surtout très irritable, avec des tendances impulsives. Il mourut de pneumonie lobaire droite.

A l'autopsie on trouva, au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire, de l'hyperémie et de l'infiltration du tissu conjonctif péri-dural et de la surface duremérienne avec quelques néo-membranes adhérentes. Pas de signes d'athérome, pas de lésions de l'axe cérébro-spinal (l'étude histologique a été faite). L'auteur rapporte les cas analogues connus dans la science et en particulier celui de Politakis qui ressemble le plus au sien ; il insiste sur les difficultés du diagnostic et cherche à expliquer cet état par une sorte d'auto-

Digitized by Google

intoxication hématique provoquée chez ce sujet par un mauvais état habituel et congénital du chimisme vital en relation avec ses antécédents héréditaires d'épilepsie. Ces accidents se seraient, pour des raisons anatomiques (richesse du plexus veineux, absence de valvules), localisés là et se seraient traduits par des lésions des nerfs dure-mériens dont l'existence niée par Sappey est aujourd'hui bien démontrée. Cet intéressant article montre l'extension que prend en Italie l'épilepsie et quel rôle immense on lui fait jouer dans la pathologie nerveuse.

L. Wahl.

Una proposta in riguardo ai Penitenzarii (Projet de modification du régime des prisons); par le Dr L. Oliva. Brochure in-8°. Extrait des *Annali di Freniatria e scienzi affini*, Turin, 1904.

On se plaint, en Italie comme ailleurs, que le régime pénitentiaire actuel, loin de corriger le délinquant, le rende à la société pire encore qu'avant son incarcération. Bien des remèdes ont été proposés; celui qu'apporte le Dr Oliva est en harmonie avec l'idée que l'Ecole italienne se fait de la criminalité qu'elle identifie à certaines formes de folie : pour l'auteur, c'est à des aliénistes de carrière que doit être confiée la direction des prisons et on doit introduire dans ces établissements les règles qui permettent à l'asile de classer les malades : les détenus, « contagieux » au point de vue moral, seraient isolés des détenus en danger de contagion morale, c'est-à-dire de l'immense majorité des délinquants : on éviterait ainsi la suggestion criminelle dans les prisons; de plus l'aliéniste directeur serait là pour renseigner avec compétence le magistrat sur l'état morbide du sujet, sur les dangers de récidives, sur les avantages d'une libération anticipée et même sur l'utilité de maintenir en prison celui qu'on n'a pu améliorer pendant sa détention : il veillerait également à ce que les geôliers adoptent pour leurs prisonniers les procédés que les infirmiers d'asile emploient vis-à-vis de leurs malades même les plus dangereux.

Cette modification permettrait d'éviter l'installation très onéreuse de manicomes pour aliénés criminels : tout au plus serait-il nécessaire d'avoir un simple quartier pour les sujets les plus difficiles.

Accessoirement, Oliva réclame, comme tant d'autres, que les

Digitized by Google

expertises médico-légales ne soient confiées qu'à des spécialistes consommés et insiste sur certains inconvénients des expertises contradictoires dans lesquelles les divergences d'opinion des médecins consultés amusent la galerie et déconsidèrent à la fois la science et la justice ; il demande aussi que les candidats à la magistrature aient des notions suffisantes de médecine légale et de psychiatrie : c'est ce qu'on vient de réaliser dans nos Ecoles de droit par la création du certificat d'études pénales.

L. Wahl.

Ricerche sul ricambo materiale nei dementi precoci : la eliminazione del bleu di metilene et dell' ioduro di potassio per via renale (Recherches sur les échanges matériels chez les déments précoces : élimination du bleu de méthylène et de l'iodure de potassium par la voie rénale) ; par les Drs Antonio d'Ormea et Ferdinando Maggiotto. Broch. in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, 1904.

Les expériences des auteurs ont porté pour le bleu de méthylène sur 10 sujets sains et 30 malades (15 hommes et 15 femmes, soit pour chacune des trois formes de la maladie 5 hommes et 5 femmes) ; pour l'iodure de potassium, sur 6 malades seulement, 3 hommes et 3 femmes, en raison des difficultés de la technique. Voici les conclusions de cet intéressant travail : retard chez les déments précoces dans l'apparition des réactifs dans l'urine et augmentation de la durée totale de l'élimination surtout accusée chez les femmes et les catatoniques.

L. Wahl.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Morphinomania, cocaïnomania, and general narcomania, and some of their legal consequences ; par le Dr Charles K. Mills. 18 pages in-8°. Extrait de l'*International Clinics*, s. d.

— Des rapports de la syphilis et de la paralysie générale ; par le prof. Joffroy. 23 pages in-12. Extrait du *Bulletin médical*, numéro du 11 mars 1905.

— Ueber die Frage des Heiratens von früher Geisteskranken (Geisteskrankheit und Ehe) ; par le Dr Heinrich Schule. 46 pages in-8° avec tableaux. Berlin, Georg Reimer, 1905.

Digitized by Google

— L'hérédité morbide; par le Dr Paul Raymond. 1 vol. in-8° de 375 pages. Paris, Vigot frères, 1905.

— De la nature de la paralysie générale et de la valeur prophylactique du traitement mercuriel dans cette affection; par le prof. Joffroy. 31 pages in-12. Extrait du *Bulletin médical*, numéro du 12 avril 1905.

— Beiträge zu den progressiven Muskelatrophien; par le Dr Julius Donath. 19 pages in-8°. Extrait de la *Wiener medizinische Presse*, 1905, n° 21.

— Osservazioni statistiche e cliniche sulla frenosi maniaco-depressiva; par le Dr Angelo Alberti. 38 pages in-8°. Extrait de *Giornale di psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1905. Fasc. I et II.

— Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers und deren methodische Palpation. Nach eigenen Untersuchungen an der Leiche und am Lebenden; par le Dr Toby Cohn, de Berlin. I. Theil : Obere Extremität. 216 pages in-8°, avec figures dans le texte. Berlin, S. Karger, 1905.

— Le gâtisme dans les manicomes et les asiles; par le Dr Benjamin Larroque. 8 pages in-8°. Extrait de l'*Argentina medica*, avril 1905.

— Wie beginnen Geisteskrankheiten? par le Dr Joh. Bressler, de Lublinitz (Silésie). 56 pages in-8°. Halle a. S., Carl Marhold, 1905.

— Contribution à l'étude des troubles du caractère chez les paralytiques généraux (leur prétendue bienveillance). Etude clinique basée sur 46 observations dont 26 personnelles; par le Dr Auguste Bonhomme. 152 pages in-8°. Paris, Vigot frères, 1905.

— Tics; par le Dr Henry Meige. 39 pages in-8°. N° 42 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* du Dr Critzman. Paris, Masson et Cie, 1905.

— Les demi-fous. Roman contemporain; par Michel Corday. 931 pages in-12. Paris, Eugène Fasquelle, 1905.

— Ricordi della Salpêtrière; par Cipriano Giachetti. 10 pages in-8°. Extrait de la *Rassegna Nazionale*, numéro du 16 mai 1905.

— Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales. Essai clinique; par le Dr J. Rogues de Fursac. 1 vol. in-8° de 306 pages avec 232 figures dans le texte. Paris, Masson et Cie, 1905.

— Forty-seventh annual report of the general board of commissioners in Lunacy for Scotland. XLIV-182 pages in-8°. Glascow, 1905.

— Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci. Terza nota : Ulteriori ricerche urologiche (Azoto totale, rapporto tra azoto dell' urea e azoto totale, acidità totale); par les Drs A.

Digitized by Google

d'Ormea et F. Maggiotto. 24 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1905.

— Compte général de l'administration de la justice civile et commerciale pendant l'année 1902, présenté au Président de la République par le Garde des Sceaux, ministre de la Justice. 178 pages in-folio. Paris, Imprimerie nationale, 1905.

— Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. XIXe session tenue à Pau du 1er au 7 août 1904. Tome I. Rapports, 375 pages. Tome II. Comptes rendus de séances, 621 pages. 2 vol. in-8°. Paris, G. Masson, 1904 et 1905.

— Hypothermie chez un paralytique général; par les Drs L. Marchand et M. Olivier. 8 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie*, Bruxelles, s. d.

— Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1904; par les Drs Giraud, Pochon et Brunet. 25 pages in-8°. Rouen, imprimerie Cagniard, 1905.

— Des rétractions musculaires et de l'amyotrophie consécutives aux contractures et aux attitudes stéréotypées dans les psychoses; par le Dr A. Cullerre. 12 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus du Congrès de Pau*, 1905.

— De l'hypocondrie. Etude pathogénique et nosologique; par le Dr Pierre Roy. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Rennes. 150 pages in-8°. Rennes, imprimerie Francis Simon, 1905.

— Il primo anno d'esercizio del nuovo manicomio provinciale di accettazione e cura per la provincia di Udine; par le Dr Giuseppe Antonini. 36 pages in-4°. Udine, 1905.

— Asile de Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1904; par le Dr Lallemant. 25 pages in-8°. Rouen, imprimerie Cagniard, 1905.

— Le syndrome de la névrite ascendante (névrites ascendantes régionales). Clinique et expérimentation ; par le Dr J.-A. Sicard. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Rennes. 113 pages in-8°. Rennes, imprimerie Francis Simon, 1905.

— State of New-York. Fifth annual report of the Manhattan state hospital west to the state commission in Lunacy for the year ending september 30, 1904, 83 pages in-8°. Albany, 1905.

— Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie. VIII. Jahrgang. Bericht über das Jahr 1904. 1 vol. in-4° de 1318 pages. Berlin, S. Karger, 1905.

— Balnéation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales; par le Dr B. Pailhas. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Rennes. 146 pages in-8°. Rennes, imprimerie Francis Simon, 1905.

Digitized by Google

— La ponction lombaire ; par les Dr Pichenot et Castin. 16 pages in-8°. Extrait de *Bulletin et Mémoires de la Société de médecine de Vaucluse*, numéro de juillet-août. Avignon, 1905.

— De la création d'un concours spécial pour le recrutement des médecins des asiles d'aliénés de la Seine. Exposé des motifs. 8 pages in-8°. Cahors, imprimerie A. Coueslant, s. d.

— Du délire de la convalescence dans la fièvre typhoïde ; par le Dr C. Rougé. 63 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, 1905.

— Further report of the statistical committee (Appointed at the annual meeting held at Liverpool in 1902) to be presented to the adjourned annual meeting of the Association, 19th july 1905, 40 pages in-8°, avec tableaux. London, Adlard and son, 1905.

— Trauma al capo e demenza precoce; par le Dr Antonio d'Ormea. 12 pages in-8°. Extrait du *Giornale di Psichiatria clinica e tecnica manicomiale*, 1905.

— L'Année psychologique, publiée sous la direction de M. Alfred Binet. Onzième année. 1 vol. in-8° de 693 pages. Paris, Masson et Cie, 1905.

— Identificacion por los impresiones digito-palmares (La dactiloscopia); par le Dr Alberto Yvert. Thèse présentée à la Faculté de médecine de Lyon. 111 pages in-8°. La Plata, Gasperini, 1905.

— Rapport sur l'asile d'aliénés de la Haute-Garonne en 1904; par le Dr Dubuisson, médecin-directeur. 30 pages in-8°. Toulouse, imp. Douladoure-Privat, s. d.

— The history of the Boston Society of Psychiatry and neurology for twenty-five years, with an appended list of contributions; par le Dr Walter Channing. 36 pages in-12. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, 1905.

— Du choix des malades à placer dans les colonies; par le Dr J.-Al. Peeters. 5 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1905.

— Asile de Dijon. Rapport médical et administratif pour l'année 1904; par le Dr Garnier, directeur-médecin en chef. 101 pages in-8°. Dijon, typ. Sirodo-Carré, 1905.

— Comparative measurements of the hard palate in normal and feeble-minded individual. A preliminary report; par les Drs Walter Channing et Clark Wissler. 11 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of insanity*, 1905.

— Le traitement de la folie en dehors des asiles; par le Dr Peeters. 7 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, séance du 28 janvier 1905.

Digitized by Google

VARIÉTÉS

—

CONCOURS PUBLIC POUR LA NOMINATION A UNE PLACE DE MÉDECIN-ADJOINT DU SERVICE DES ALIÉNÉS DANS LES HOSPICES DE BICÊTRE ET DE LA SALPÊTRIÈRE.

Ce concours sera ouvert le vendredi 1er décembre 1905, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, de midi à 3 heures, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du lundi 23 octobre au samedi 11 novembre inclusivement.

Conditions et programme du concours. — Les candidats qui se présentent aux concours pour les places de médecin-adjoint des quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière doivent justifier de la qualité de Français et être âgés de vingt-huit ans au moins.

Ils doivent justifier en outre de cinq années de doctorat.

Pour les candidats ayant été internes en médecine dans les hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, les années d'internat seront comptées comme années de doctorat.

Les candidats doivent se présenter au service du personnel de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet. Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée pour la clôture du registre ne peut être accueillie.

Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close.

Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'administration. Si, cinq jours après le tirage au sort du jury, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations.

Digitized by Google

Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration.

Le jury du concours pour les places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière se compose de sept membres, savoir :

Trois membres tirés au sort parmi les médecins aliénistes chefs de service des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires ;

Un membre tiré au sort parmi les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, en exercice ou honoraires, et le médecin du bureau d'admission de Sainte-Anne ;

Et trois membres tirés au sort parmi les médecins chefs de service des hôpitaux, en exercice ou honoraires.

Les médecins chefs de service des asiles d'aliénés de la Seine, en exercice, et le médecin du bureau d'admission de Sainte-Anne ne peuvent être portés sur la liste des membres parmi lesquels doit être tiré le jury, qu'après cinq années d'exercice.

Le tirage au sort a lieu dans les formes usitées pour le concours des hôpitaux, en présence de deux membres du conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique et de deux membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les épreuves du concours pour les places de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sont réglées de la manière suivante :

1° Une épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures ;

2° Une épreuve clinique commune sur un malade. — Il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et vingt minutes pour développer oralement son opinion devant le jury, après cinq minutes de réflexion ;

3° Une épreuve clinique sur les maladies mentales : un seul malade. — Il sera accordé vingt minutes pour l'examen du malade et vingt minutes pour la dissertation, après cinq minutes de réflexion ;

4° Une épreuve écrite comprenant une consultation après l'examen d'un aliéné, et un rapport sur un cas d'aliénation mentale. Il sera accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de chacun des malades, et une heure et demie pour la rédaction du rapport et de la consultation. La lecture de cette consultation et du rapport sera faite au début de la séance suivante ;

5° Une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. — Le candidat aura quinze minutes pour l'examen de

Digitized by Google

chacun des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale, après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour la première épreuve écrite.	30	points.
Pour l'épreuve clinique commune.	20	—
Pour l'épreuve clinique sur les maladies mentales, à un seul malade	20	—
Pour la deuxième épreuve écrite	30	—
Pour l'épreuve clinique sur deux malades.	30	—

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

80. *Agression violente.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du dimanche 9 juillet 1905) :

« Rue d'Aboukir, 108, un nommé Jules Bloch, quarante et un ans, garçon de magasin, se leva brusquement vers quatre heures du matin, et, sans prendre la peine de se vêtir, s'arma d'un long couteau de cuisine en criant : « Tue! Tue! »

« Mme Bloch, épouvantée, ouvrit la fenêtre et appela à l'aide. Alors, le fou s'enfuit dans l'escalier, toujours armé de sa lame terrible, avec laquelle il taillade, en passant le visage d'un locataire, employé de la Ville de Paris, qui se rendait à son travail. Rejoint par des agents, Bloch fut alors conduit au poste, où on le couvrit en hâte, puis par devant M. Duponnois, commissaire de police. Aux premiers mots, l'aliéné, s'emparant de tous les objets à sa portée, les lança à la tête du magistrat. Il fallut ligotter Bloch, qui, un peu plus tard, sous l'escorte de six agents, était dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. »

81. *Blessures graves.* — Rue du Landy, à Clichy, Julien Lebrun, vingt-sept ans, s'est réfugié sur le toit d'une maison de deux étages, d'où il a fait pleuvoir une grêle de tuiles ; plusieurs passants ont été blessés plus ou moins grièvement. Il fallut faire appel aux pompiers pour capturer ce pauvre dément et le mettre hors d'état de nuire. (*Le Journal*, numéro du dimanche 9 juillet 1905.)

82. *Menaces de mort.* — Un garçon de recettes, Raoul Bisséron, vingt-cinq ans, rue des Petits-Champs, menaçait hier soir, vers huit heures, dans le passage Choiseul, d'éventrer tout le monde.

L'inspecteur Breton et l'agent Ledru l'arrêtèrent. Il mordit le premier à la main droite et frappa le second d'un coup de couteau à l'épaule gauche.

Digitized by Google

M. Péchard, commissaire de police, a envoyé Bisséron à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Journal*, numéro du mercredi 19 juillet 1905.)

83. *Excentricités.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du lundi 24 juillet 1905) :

La concierge de la maison située 35, rue Jouffroy, balayait tranquillement sa cour, hier matin, lorsque tout à coup, à côté d'elle, une pendule vint se briser sur le pavé. La brave femme levait la tête pour voir d'où venait le projectile, mais elle n'eut que le temps de se jeter de côté pour éviter une table de nuit qu'on venait de lancer par la fenêtre du cinquième étage.

Puis ce furent un fauteuil, un panier de provisions, une glace, etc.

Epouvantée, la concierge se réfugia dans sa loge et prévint les locataires qu'ils n'eussent point à traverser la cour, après quoi elle courut prévenir le commissaire de police.

Celui-ci envoya immédiatement rue Jouffroy un inspecteur et deux agents qui se présentèrent à l'appartement de l'auteur de tout ce scandale, M. Pers, ingénieur, atteint subitement de folie furieuse.

Ce ne fut qu'avec beaucoup de peine qu'on se rendit maître du forcené, qui a été dirigé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

84. *Excentricités.* — Un journalier, Félix Daperret, trente-quatre ans, demeurant rue de Paris, à Vanves, a été pris soudain, hier, d'une singulière folie. Il voulait à toute force faire avaler des sous aux gens qu'il rencontrait. Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (*Le Matin*, numéro du mardi 25 juillet 1905.)

85. *Excentricités.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du vendredi 29 juillet 1905) :

Sur le talus des fortifications des agents apercevaient, hier matin, un nombreux rassemblement. Ils s'approchèrent, se demandant si quelque crime ne venait pas d'être découvert... Dès que leurs képis apparurent derrière les badauds, un homme complètement nu bondit au devant des agents.

— Vous voilà, enfin, braves serviteurs de l'autorité, s'écria-t-il. N'allez-vous pas éloigner de moi tous ces individus qui m'empêchent de sommeiller sur l'herbe?

Les agents ne goûtèrent point ce discours, et comme ils demandaient son nom à leur étrange interlocuteur, après l'avoir pudiquement recouvert d'une blouse prêtée par un curieux... l'homme répondit :

— Ne me reconnaissez-vous pas?... Je suis votre père à tous, Adam... Oui, Adam lui-même, qui suis revenu, sur l'ordre de Dieu, pour conduire de nouveau les humains dans le Paradis terrestre...

Digitized by Google

Comme le pauvre fou n'avait sur lui, et pour cause, aucun papier d'identité, on a dû l'envoyer à l'infirmerie spéciale du Dépôt sans savoir qui il était.

86. *Double tentative d'homicide.* — On lit dans *Le Petit Parisien* (numéro du vendredi 28 juillet 1905) :

Les chaleurs tropicales de ces derniers jours semblaient avoir quelque peu dérangé la cervelle d'un menuisier de Châtenay, M. Daniel Billon, âgé de cinquante-sept ans, domicilié rue Sainte-Geneviève.

Et, depuis deux jours, le pauvre homme donnait des signes non équivoques d'aliénation mentale.

Hier matin, M. Billon, après une courte promenade dans Châtenay, rentrait chez lui, puis en ressortait au bout de quelques minutes, les yeux hagards.

Il se mit à courir dans la direction de la gare de Sceaux-Robinson. Une fois dans la station, il pénétra sur les voies, et avisant une locomotive sous pression, il monta sur la plate-forme et se mit en devoir d'actionner les manettes.

Les employés de la gare le firent descendre. Alors un accès de folie furieuse se déclara. S'armant du tisonnier pris sur la locomotive, il se précipitait sur ses adversaires, le bras levé, lorsqu'un homme le saisit par la taille : c'était son fils, Ernest, commis à la gare de Sceaux-Robinson.

Alors la fureur du fou se tourna tout entière contre celui qui tentait de le maîtriser. Avec une force extraordinaire, il se débarrassa de l'étreinte, saisit son fils à la gorge et serra désespérément.

Le fils Billon aurait été infailliblement étranglé par son père si les employés de la station n'étaient parvenus à délivrer leur collègue de l'aliéné, qui prit la fuite à travers les rues de Sceaux.

Rue du Lycée, une jeune fille, Angèle R..., domiciliée rue de Houdan, passait, avec un panier sous le bras. Soudain elle vit surgir devant elle un individu aux yeux hagards, les vêtements en désordre, qui lui sauta à la gorge. C'était le fou.

Il fallut l'intervention de sept gardiens de la paix pour emmener Daniel Billon au commissariat de police, où la camisole lui fut mise.

M. Barras l'a envoyé à l'infirmerie du Dépôt.

87. *Incendie et menaces de mort.* — On lit dans *Le Matin* (numéro du mercredi 9 août 1905) :

Pris d'un accès de folie furieuse, M. Grondard, quarante-cinq ans, demeurant rue Lamarck, ameutait hier ses voisins par des discours excentriques.

Comme on voulait s'emparer de lui, il menaça d'un revolver ceux qui s'approchaient, puis rentra dans son logement. Là il

Digitized by Google

entassa tous ses meubles contre la porte d'entrée et se barricada chez lui.

Puis, il mit le feu à son mobilier, s'écriant :

— Je vais brûler Montmartre.

Les pompiers furent immédiatement prévenus : ils enfoncèrent la porte et éteignirent heureusement rapidement le commencement d'incendie.

Il fallut soutenir une lutte violente contre le forcené, que les agents durent ligoter pour l'emmener au commissariat de police, d'où il fut envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

88. *Parricide.* — On écrit de Saint-Brieuc au *Journal* (numéro du mardi 15 août 1905) :

« A Plouézec, une femme, âgée de trente-quatre ans, folle, nommée Catherine Nédellec, a tué sa mère septuagénaire à coups de hache et de marteau. L'insonsciente criminelle a été écrouée à la prison de Saint-Brieuc ».

89. *Suicide.* — Une ancienne employée de l'usine Gévelot, à Issy-les-Moulineaux, Mme Alice Robine, trente-trois ans, avait été profondément impressionnée par la terrible catastrophe qui se produisit l'an dernier dans cet établissement. Depuis cette époque, la pauvre femme donnait des signes de dérangement cérébral.

Hier après midi, elle quitta son domicile, rue des Coutures, à Issy, et alla se jeter à la Seine, au pont de Billancourt. Le cadavre n'a été repêché qu'après dix-huit heures de recherches. (*Le Matin*, numéro du lundi 28 août 1905.)

90. *Excentricités.* — On lit dans *Le Journal* (numéro du mardi 25 août 1905) :

Les gardiens de la paix, de service hier soir, dans les Champs-Elysées, aperçurent, vers onze heures, un homme d'une quarantaine d'années, dépouillé de tout vêtement, attaché par le torse au tronc d'un marronnier.

Il le délièrent et s'aperçurent avec effroi que l'inconnu portait, de chaque côté de la poitrine, deux longues coupures qu'il s'était faites lui-même, au moyen d'un couteau qu'on trouva à ses pieds. Son sang avait coulé sur l'arbre.

En présence de M. Chanot, commissaire de police du quartier des Champs-Elysées, le dément refusa de se faire connaître, et, pour expliquer son acte, déclara qu'il avait voulu faire une tentative de « greffe humaine » (*sic*).

Ses blessures sont peu graves ; M. Chanot a envoyé ce panthéiste à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

91. *Un aveugle assassin.* — On écrit de Vervins au *Journal* (numéro du jeudi 3 septembre 1905) :

Une vieille femme de soixante-douze ans, Mme veuve Chopin, vient d'être assassinée, dans la petite ville de Sains, chef-lieu

Digitized by Google

de canton de l'arrondissement de Vervins, par un aveugle qui prenait pension chez elle.

Voici dans quelles circonstances le crime a été découvert :

Hier, vers dix heures du soir, un commerçant, M. Guillaume, voyait arriver chez lui l'organiste de l'église, un nommé Asseline, qui lui annonça que la veuve Chopin venait de mourir victime d'un accident ou peut-être d'un crime. M. Guillaume appela un serrurier nommé Masse, et tous deux se dirigèrent, accompagnés d'Asseline, vers l'épicerie de Mme Chopin, dont ils durent enfoncer la porte.

Après avoir pénétré dans la boutique et traversé la chambre à coucher, les deux hommes arrivèrent dans la cuisine, où ils se trouvèrent en présence d'un horrible spectacle : dans un coin gisait, étendu sur le dos, au milieu d'une mare de sang, le cadavre affreusement mutilé de l'épicière. Ils s'en furent précipitamment prévenir la gendarmerie, emmenant avec eux Asseline. Chemin faisant, ce dernier se prit à leur dire :

— J'étais en état de légitime défense. Elle s'est précipitée sur moi, j'ai cru qu'elle allait me faire un mauvais parti, je me suis défendu.

On remarqua alors que les vêtements de l'aveugle étaient couverts de sang. Aux questions que les gendarmes lui posèrent, il répondit d'abord en termes incohérents ; puis, lambeau par lambeau, on put lui arracher le récit du drame.

— Nous prenions de la tisane, dit-il, lorsque tout à coup, Mme Chopin me saisit à la gorge. Craignant qu'elle ne m'étranglât, je me mis à la frapper à coups de poing, à coups de pied et à coups de canne. Dans la lutte, je perdis mon chapeau. Je montai dans ma chambre en prendre un autre, puis refermant la porte de la boutique derrière moi, je m'en fus dire à M. Guillaume qu'on venait d'assassiner Mme Chopin.

On ne put obtenir davantage de l'assassin, qui fut écroué, tandis que les gendarmes allaient procéder aux premières constatations. Ils saisirent, dans la cuisine, les instruments dont s'était servi l'aveugle pour perpétrer son crime ; un couteau, une canne dont la poignée était brisée, et une louche d'étain cassée.

Asseline, qui est né à Paris en 1875, est aveugle depuis l'âge de quatre ans. Cette infirmité lui est venue à la suite d'un accident qui l'a complètement défiguré. Il était à Sains depuis une dizaine d'années et tenait, nous l'avons dit, l'orgue de l'église.

On suppose que c'est sous l'empire d'un accès de folie furieuse qu'il a commis son crime. Il avait, d'ailleurs, été interné déjà, il y a deux ans, à l'asile départemental des aliénés de Prémontré. Il va être soumis à un examen médical.

Digitized by Google

92. *Double homicide et suicide.* — On télégraphie de Nîmes au *Temps* (numéro du dimanche 1er octobre 1905) :

Cette nuit, Mme Galon, âgée de trente et un ans, institutrice adjointe communale, qui vivait séparée de son mari, s'est donné la mort d'un coup de revolver après avoir tué ses deux enfants, âgés l'un de six et l'autre de huit ans, en leur logeant une balle dans la tête ; Mme Galon était neurasthénique au dernier degré et avait déjà tenté de mettre fin à ses jours à la suite d'une discussion avec son mari.

93. *Septuple homicide et double suicide.* — On télégraphie de Cambridge (Illinois), à l'*Agence Havas*, le dimanche 1er octobre 1905 :

Hier, dans un accès de folie, Mme Markham tua à coups de hache ses sept enfants dont l'aîné était âgé de neuf ans, puis coucha les cadavres sur un lit, les arrosa d'huile et y mit le feu ; elle se coupa ensuite la gorge et se précipita dans les flammes.

Des voisins arrivèrent à son secours, mais elle succomba à ses blessures.

Son mari s'est suicidé d'un coup de feu dans la soirée.

94. *Homicide et tentatives d'homicide.* — On télégraphie de Milan (Italie) au *Petit Journal* (numéro du lundi 28 septembre 1905) :

La gare centrale de Milan vient d'être le théâtre d'un terrible drame.

Un jeune ouvrier maçon, nommé Ponyrée Rossi, qui venait d'être rapatrié de Prusse, fut pris subitement d'un accès de folie furieuse pendant qu'il se trouvait dans la salle d'attente.

Armé d'un poignard, il se précipita sur les personnes qui l'entouraient. Le premier frappé fut un employé du chemin de fer, qui reçut une blessure très grave dans l'abdomen.

Le fou tomba alors sur le jeune Carlo Zavattari, fils de l'ex-député, qu'il tua raide d'un coup porté en plein cœur. Il blessa ensuite sept personnes et, parmi les victimes, se trouve le colonel Ettore de Vérone.

Un brigadier des carabiniers et un douanier accoururent enfin et réussirent à désarmer le meurtrier après une lutte des plus émouvantes.

95. *Homicide.* — On télégraphie de Liancourt (Oise) au *Petit Journal* (numéro du mardi 10 octobre 1905) :

La femme Labbesse, née Jeanne Devenne, âgée de quarante-trois ans, domestique au service de Mme veuve Bugeon, rentière, demeurant Grande-Rue, à Rantigny, a été assassinée, hier soir, vers huit heures.

L'auteur du crime vient d'être arrêté. C'est un aliéné,

Digitized by Google

nommé Alphonse Mormiac, âgé de vingt ans, qui s'était évadé, samedi soir, de l'asile de Clermont.

La femme Labbesse était sortie devant sa maison, pour promener le chien de sa maîtresse, quand un individu s'approcha d'elle, et lui porta, brusquement et sans aucun motif, un coup de couteau au-dessous de l'oreille droite; elle tomba, perdant son sang en abondance. Les voisins, l'ayant entendue crier, accoururent.

— Je viens de recevoir un coup de poing, dit-elle, et ce fut tout.

Transportée chez sa maîtresse, la malheureuse femme est morte un quart d'heure après.

La femme Labbesse, qui est mère de famille, était depuis deux mois seulement à Rantigny ; on ne sait d'où elle vient.

Les soupçons se portèrent immédiatement sur un individu mal vêtu, d'allures étranges, qu'on avait vu rôder, à la même heure, dans le pays.

Son signalement fut télégraphié, pendant la nuit, à toutes les brigades de gendarmerie des environs et ce matin, à neuf heures, l'individu était arrêté à Giencourt, près de Clermont.

C'était, comme il est dit plus haut, un aliéné interné depuis deux ans à l'asile de Clermont, à la suite de plusieurs attentats qu'il avait commis dans le département de Seine-et-Marne ; il avait réussi à se sauver, avant-hier, en volant les clefs à son gardien.

Il a été conduit, ce matin, à Rantigny, par les agents de l'asile, et confronté avec sa victime. Il nia tout d'abord; mais, au bout d'une heure, il avoua son crime, devant MM. Desgrange, substitut du procureur de la République, et Duport, juge d'instruction. Il déclara avoir agi « par méchanceté ».

On a trouvé sur lui un tranchet et un couteau qu'il avait volés dans une cabane, entre Creil et Rantigny.

Le docteur Widiez, médecin légiste, a fait l'autopsie de la victime, dont la mort est due à une hémorragie consécutive de la blessure reçue au-dessous de l'oreille.

Une foule nombreuse n'a cessé de stationner devant la maison du crime et, à la sortie de l'assassin, a poussé des cris de : « A mort ! »

Mormiac a été ramené, à trois heures, à l'asile d'aliénés.

96. *Un drame entre neurasthéniques.* — Sous ce titre, *Le Petit Journal* du mercredi 12 octobre 1905 publie le fait suivant :

La nuit dernière, un terrible drame, dont les mobiles restent encore inexpliqués, s'est déroulé à Montmartre, rue Caulaincourt, n° 59, en face de ce coin pittoresque de la Butte appelé le « Maquis ».

Digitized by Google

Au troisième étage, sur la cour, habitaient, depuis quelques mois, dans un petit logement, une femme de trente-deux ans et un homme de vingt-neuf ans. Les querelles fréquentes qui éclataient entre eux attiraient l'attention des voisins et troublaient la tranquillité de la maison, si bien que congé leur fut donné pour le 15 octobre.

L'homme, Paul de Saint-Raimond, employé d'assurances, était continuellement en butte aux tracasseries de sa compagne, Jeanne Dupont, qui, atteinte d'une maladie nerveuse, lui rendait la vie insupportable.

Chaque matin, l'employé partait à son bureau, laissant Jeanne Dupont vaquer aux soins du ménage et, lorsqu'il rentrait, à midi, pour déjeuner, et, le soir, pour dîner, il devait subir des scènes violentes, qui dégénéraient souvent en batailles. Paul de Saint-Raimond devint lui-même, à la suite de cette existence mouvementée, irritable et très emporté.

Ces jours derniers, les discussions se firent très aigres dans le ménage. Dimanche, on se bouda toute la journée, pour recommencer d'ailleurs à se disputer de plus belle lundi matin.

Paul de Saint-Raimond, voyant qu'il ne pouvait faire entendre raison à sa compagne, se contenta de hausser les épaules et de lui dire : « Tu es folle ! »

A ces mots, Jeanne Dupont, saisissant un grand couteau de table, s'élança sur Paul et lui en porta, à la figure, un coup qui atteignit légèrement la joue et la lèvre.

L'employé alla se faire panser dans une pharmacie, et, au lieu de rentrer déjeuner, alla mettre des amis au courant de la scène du matin.

Le soir, à onze heures, il rentra chez lui et trouva Mme Dupont qui, pour l'attendre, ne s'était pas couchée. La dispute reprit aussitôt, plus violente que le matin. Elle prit une violence plus grande encore quand Mme Dupont entendit le jeune homme lui dire que tout était fini désormais entre eux.

Elle courut prendre un revolver dans son armoire à glace, elle vint le braquer sous le nez de Saint-Raimond, lui disant :

— Tu veux me quitter ! Mais je vais te faire ton affaire !

Avec peine, l'employé put désarmer la malheureuse, en proie à une crise furieuse. Dans la lutte, il reçut plusieurs horions, et, sous l'empire d'un sentiment qu'il déclare ne pouvoir définir, il déchargea à trois reprises, sur Mme Dupont, le revolver qu'il venait de lui arracher des mains.

La pauvre femme, atteinte à l'œil droit et au ventre, tomba en poussant de grands cris, tandis que le meurtrier, affolé par l'acte qu'il venait de commettre, descendait l'escalier quatre à quatre, prévenait en passant la concierge qu'il venait de tuer la jeune femme, puis allait se constituer prisonnier au poste de

Digitized by Google

police du passage Tourlaque. Un médecin demeurant dans la maison, réveillé par le concierge, s'empressa de donner des soins à la victime qu'on avait étendue sur son lit.

Elle fut transportée dans une voiture d'ambulance à l'hôpital Bichat où elle a subi hier matin l'opération de la laparotomie. Son état est absolument désespéré; la pauvre femme s'attendait à devenir mère d'un jour à l'autre.

L'employé d'assurances, interrogé hier matin par M. Dupuis, commissaire de police du quartier des Grandes-Carrières, a été envoyé au dépôt. Aux questions qui lui étaient posées, de Saint-Raimond répondit que Jeanne Dupont n'était pas responsable de ses actes et que ses allures exaltées étaient la conséquence d'une neurasthénie aiguë.

Jeanne Dupont, ayant repris connaissance, a, elle aussi, déclaré que de Saint-Raimond était atteint d'une maladie nerveuse et qu'il n'était pas responsable de son meurtre.

Rue Lamarck, où le couple avait habité avant de venir dans l'appartement où le drame a eu lieu, de Saint-Raimond et sa compagne passaient pour des fervents du revolver.

Leur concierge eut notamment à subir leurs persécutions. Un jour même, l'employé d'assurances qui se faisait appeler le comte de Saint-Raimond, se postant dans la cage de l'escalier, tira un coup de revolver sur la famille du concierge qui dînait dans la loge.

Ce fut par miracle que personne ne fut atteint par la balle, qui fracassa une assiette placée sur la table. Une autre fois, une locataire fut blessée d'un coup de ciseaux par « Mme de Saint-Raimond » qui brisait à coups de pieds les vitres de la porte d'entrée.

La mère de l'employé d'assurances, qui habite rue Ramey, craignait que son fils ne la maltraitât, tellement il avait changé de caractère depuis qu'il s'était lié avec Jeanne Dupont, rencontrée par lui, il y a cinq ans, dans une ville de garnison, quand il faisait son service militaire.

97. *Agression violente.* — On télégraphie de Bruxelles au *Petit Journal* (numéro du mardi 17 octobre 1905) :

Une scène dramatique s'est déroulée, ce soir, à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles.

Un ancien jockey, François Poels, qui avait déjà été interné plusieurs fois, et qu'on supposait guéri, était entré, depuis quelques jours, à l'hôpital, pour une affection de poitrine.

Il paraissait fort calme, mais, ce soir, comme l'interne approchait de son lit pour voir comment il allait, Poels, pris d'un accès de folie subite, le saisit à la gorge et chercha à l'étrangler.

Le fou, dont les forces étaient décuplées, aurait certainement

Digitized by Google

réussi dans sa tentative, si des infirmiers et d'autres malades ne s'étaient précipités au secours de l'interne et, après une lutte terrible, n'étaient parvenus à maîtriser le forcené, auquel on a passé la camisole de force. Pendant qu'on le transportait à l'asile d'aliénés de l'hôpital Saint-Jean, Poels rompit ses entraves et il fallut le secours de six agents de police pour qu'on pût l'enfermer dans un cabanon.

Résumé. — Nous avons recueilli dans les *Annales* de l'année 1905, 97 cas d'aliénés en liberté, publiés dans divers journaux. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités; le plus grand nombre de véritables crimes : homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies, etc.; enfin les suicides, ainsi que les homicides suivis de suicide, fournissaient un sérieux contingent.

Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort	32
Suicides et tentatives de suicide	19
Excentricités	18
Homicides	17
Homicides et suicides	8
Incendies	3
Total	97

Ainsi sur 97 cas relevés, il y a eu 25 homicides, dont 8 ont été suivis du suicide de l'aliéné après l'accomplissement de l'acte meurtrier. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, actes d'agression et menaces de mort (au nombre de 32), ainsi que des trois incendies. Ce qui importe surtout, c'est de compter le nombre des victimes faites par ces 97 cas d'aliénés en liberté. Il y a eu :

Tués	35
Blessés grièvement	32
Morts par suicide	19
Total	86

Ainsi notre statistique — qui ne saurait avoir la prétention d'être complète — donne 35 personnes tuées par des aliénés en liberté, 32 blessées grièvement, dont plusieurs ont succombé ultérieurement à leurs blessures; enfin, 19 aliénés se sont suicidés, dont plusieurs après avoir tué, soit leur femme ou leur mari, soit leurs enfants.

Comme tous les ans, nous avons à signaler plusieurs cas où les malades ont fait plusieurs victimes; ainsi il en est qui ont fait deux, trois victimes; une mère même a tué ses sept enfants.

Comme toujours, la plupart de ces crimes et délits ont été

Digitized by Google

commis par des aliénés qui étaient malades depuis longtemps et que la simple prudence aurait dû faire séquestrer sans attendre une explosion violente. Beaucoup avaient été déjà traités dans les asiles; quelques-uns venaient à peine d'en sortir ou s'en étaient évadés. — A. R.

TRIBUNAUX

Pour avoir été fou. — Louis Damuzeau — qui était prévenu de vol d'un porte-monnaie de 13 sous dans un bazar parisien — comparaisssit hier devant la 8e chambre correctionnelle.

Pourquoi ce vol?

Aux questions du président, Damuzeau a fait la réponse suivante, qui n'a pas laissé que d'impressionner l'auditoire et les juges :

« J'ai été interné six fois dans les asiles d'aliénés. Il y a six mois, je suis sorti de Sainte-Anne. Je suis guéri. Je puis travailler. J'ai trente-cinq ans. Eh bien, depuis ma sortie de Sainte-Anne il m'a été impossible ou de trouver du travail, ou de le conserver lorsque j'en avais. Dès qu'un patron apprenait que j'avais été interné dans une maison d'aliénés, il me congédiait, craignant que je ne sois pris, chez lui, d'une nouvelle crise de folie. Pourtant je ne suis plus fou. Il vaudrait mieux que je le fusse encore, car au moins les asiles d'aliénés pourraient me recueillir tandis que, comme je suis, personne ne veut de moi... Pendant trois mois j'ai vécu dans la campagne, couchant n'importe où, me nourrissant de fruits. Je suis venu à Paris pour voir si là je ne finirais pas par trouver du travail. Partout on a refusé de me recevoir. Même dans les asiles de nuit on n'a pas voulu me donner l'hospitalité dans la crainte qu'une crise subite ne me fît causer du scandale. Mourant de faim et désespéré, je suis allé dans un bazar, où j'ai pris un porte-monnaie de 13 sous, moins pour voler que pour me donner l'occasion de venir dire ici ma misère et prier qu'on me tende la main et qu'on me procure du travail. Je ne suis ni méchant ni paresseux. Je ne demande que du travail mais qu'on m'aide pour cela! Moi tout seul, je sais que je ne parviendrai pas à en trouver. »

Le tribunal a condamné Damuzeau — en prison préventive depuis trois semaines — à un mois de prison. La détention préventive étant imputée sur la peine, il sera donc prochainement libérable. Le substitut Chesnay va s'occuper de lui trouver du travail. (*Le Temps*, numéro du samedi 2 septembre 1905.)

Une kleptomane. — Mme Gonard, qui comparaissait hier

Digitized by Google

devant la 10e chambre correctionnelle pour vol dans les grands magasins, a eu, il y a quelques années, à se défendre contre ce même délit, mais elle fut acquittée, les Drs Dubuisson, Garnier et Roubinovitch ayant conclu à son irresponsabilité.

« L'inculpée, avaient-ils dit dans leur rapport, est une faible d'esprit. Chaque mois elle se trouve, pendant une période plus ou moins longue, en proie à une surexcitation cérébrale qui ne lui laisse pas la libre disposition d'elle-même. Nous la tenons pour irresponsable des faits qui lui sont reprochés. Mais l'expérience ayant démontré qu'elle ne peut sans danger être laissée en liberté sous la surveillance de son mari, nous proposons l'internement dans un asile d'aliénés... »

Mme Gonard fut enfermée à Sainte-Anne, puis placée à l'asile de Maison-Blanche. On dit d'elle, à Sainte-Anne, « qu'elle est une héréditaire qui présente, à certaines époques, des troubles mentaux, avec dispositions kleptomaniques » ; à Maison-Blanche, « qu'elle est une dégénérée sujette à des périodes d'accès maniaques suivies d'amnésie et soulevant l'hypothèse de l'existence de l'épilepsie ».

Rendue à sa famille, Mme Gonard recommença à voler. Arrêtée, elle fut soumise à l'examen du docteur Legras qui, tout en la tenant pour une dégénérée et pour une perverse, a conclu cependant à sa responsabilité, mais à une responsabilité limitée.

Et voilà pourquoi, malgré les efforts de son défenseur, Me Bach, le tribunal l'a condamnée à quatre mois de prison et 50 francs d'amende. Elle avait volé pour 4.000 francs de marchandises. (*Le Temps*, numéro du lundi 4 septembre 1905.)

Un cuirassier romanesque. — Sous ce titre, *Le Temps* (numéro du jeudi 7 septembre 1905) publie la curieuse affaire suivante qui vient d'être jugée par le conseil de guerre de Châlons.

« C'est un véritable roman que l'histoire du cavalier Quéroy, du 6e cuirassiers, à Sainte-Ménehould, qui comparaissait hier devant le conseil de guerre du 6e corps. Amant tragique d'une veuve fatale, deux fois déserteur par amour, rien ne manque à son odyssée, pas même le coup de revolver de la fin.

« Sorti parmi les premiers d'une grande école commerciale, sténographe parfait, parlant plusieurs langues, Quéroy quitta sa bonne ville de Limoges pour la petite garnison de Sainte-Ménehould. Il était, lors de son départ, l'ami d'une veuve de trente ans. L'éloignement ne tarda pas à lui paraître insupportable, et quelques mois après son arrivée au régiment, il désertait.

« Arrêté à Limoges, il fut condamné à un an de prison. Dix mois après survenait l'amnistie. Cette première faute fut effacée, mais Quéroy était plus épris que jamais.

Digitized by Google

« Malade, il bénéficia d'un congé de convalescence de cinq mois, qui expirait le 14 octobre 1904. A la date fixée, Quéroy ne rentra pas, et il ne fut arrêté qu'en avril 1905.

« Lorsque les gendarmes vinrent le chercher dans l'appartement qu'il occupait à Limoges avec sa maîtresse, Quéroy, avant qu'il pût en être empêché, se tirait un coup de revolver dans la région du cœur.

« Il fut pendant longtemps en danger de mort. Cependant, le 25 juin, il sortait de l'hôpital, guéri de sa blessure, mais non de sa passion.

« A Châlons, l'autorité militaire le fit examiner par des médecins aliénistes qui conclurent à une responsabilité très atténuée et le proposèrent pour un congé de réforme n° 2.

« Devant le conseil, Quéroy a fait, sur un ton emphatique, le récit de ses malheurs et exprimé tout son repentir.

« De sa prison, où il est d'ailleurs l'objet d'une surveillance spéciale en raison de ses intentions constantes de suicide, Quéroy avait écrit à son lieutenant, M. de Chérisey, qui l'avait toujours eu en une estime particulière, pour lui demander de venir le défendre devant le conseil.

« M. de Chérisey répondit à son appel et prononça pour lui la plaidoirie la plus chaleureuse et la plus émouvante qu'un accusé pût espérer. Il advint même que l'officier et le soldat pleurèrent en même temps et que plusieurs des juges firent les plus grands efforts pour cacher leur émotion.

« Bref, le conseil, présidé par le lieutenant-colonel Rouch, a acquitté Quéroy à l'unanimité. »

Le crime d'un instituteur. — On télégraphie de Pau au *Temps* (numéro du vendredi 8 septembre 1905) :

Hier a comparu devant la cour d'assisses des Hautes-Pyrénées l'ancien instituteur Cazaux qui, le 25 février dernier, tua de quatre coups de revolver M. Durand, le procureur de la République de Bagnères-de-Bigorre.

Cazaux s'était, en 1884, marié à Bouffarik — où il professait alors — avec une institutrice, Mlle Delaribette ; mais après une huitaine d'années de ménage, les deux époux plaidaient en séparation, et le 10 août 1903, le tribunal de Bougie prononçait cette séparation. Cependant, en raison de l'état mental de Cazaux, qui en décembre 1902, au cours de l'instruction du procès, avait tenté de se suicider, le tribunal lui enlevait ses deux enfants, garçon et fille, laissés provisoirement à sa garde, et les confiait à la mère, qui durant l'instance était domiciliée à Seddouk.

A la suite de sa tentative de suicide, Cazaux avait été mis en congé. La décision du tribunal acheva de l'exaspérer. Il quitte l'Algérie et vient se réfugier en France, dans les Hautes-

Digitized by Google

Pyrénées, à Campan, son village natal. Il est accompagné de sa fillette. L'enfant, en vertu du jugement du tribunal de Bougie, est cependant réclamée par le juge de paix, mais en vain. Le procureur de la République de Bagnères-de-Bigorre, M. Durand, intervient alors. Cazaux refuse, mais il est arrêté, remis en liberté vingt-quatre heures plus tard et condamné à seize francs d'amende en vertu de l'article 357 du Code pénal. Il rend sa fille, et c'est pour protester contre ce qu'il considérait de la part du procureur comme « une hostilité et un abus de pouvoir » que le 25 février 1905, il pénètre dans le cabinet de M. Durand et le tue de quatre coups de revolver.

Cazaux est-il responsable? Faisant allusion à un mémoire justificatif dressé par l'accusé et qu'il a dédié à ses deux enfants, le Dr Girma, qui a procédé à l'examen mental de l'ancien instituteur, s'est ainsi exprimé :

« Dans ma carrière de médecin aliéniste, je n'ai eu jamais dans mes mains un mémoire d'inculpé suspect d'aliénation mentale aussi méthodiquement conçu et rédigé avec un pareil souci de la forme littéraire, de l'analyse de son moi et des événements auxquels il a été mêlé.

« Sur ses parents, le pays natal, son enfance, son mariage, les espérances de bonheur qu'il avait conçues, ses déceptions, le deuil de ses premiers nés, l'amour pour les deux enfants qui lui restent, sa crainte de se voir ravir leur cœur, Cazaux a écrit des pages d'une intensité d'émotion qui paraît sincère et qui gagne facilement le lecteur. Le moins qu'on en puisse dire est que cette œuvre littéraire n'est pas banale, qu'elle dénote une intelligence très développée, un remarquable talent de description et une sensibilité exquise qui s'épanouit délicatement devant les enchantements de la nature, l'image des chers petits, et s'arrête démesurément aux obstacles apportés à l'exécution de sa volonté.

« Cet homme si habile à manier l'analyse est presque toujours aveugle sur ses torts et ne sait voir que les torts réels ou imaginaires des autres pour les mettre en relief et en poursuivre la vengeance. Sa quiétude après le crime, l'assurance où il semble être de l'impunité, voire même des dommages-intérêts qu'il prétend recueillir, trahissent des lacunes de sens moral ; il n'est pas homogène; anormal se croyant facilement persécuté, il longe les frontières de la folie.

« Cazaux, dit en terminant le Dr Girma, a prémédité son crime, il l'a accompli en possession d'une lucidité d'esprit suffisante pour une responsabilité mitigée par d'anciennes habitudes alcooliques, une tentative de suicide et des idées de persécution. »

Après plaidoirie de Me Rousse, Cazaux, qui vient demander

Digitized by Google

« pitié pour ses malheureux enfants », a été condamné à douze ans de travaux forcés.

FAITS DIVERS

La lutte contre l'alcoolisme. — Dans sa séance du 1er septembre 1905, et sur la proposition du Dr Lagriffe, médecin des asiles, la Commission sanitaire de l'arrondissement de Quimper, considérant que l'augmentation croissante de la consommation de l'alcool dans le Finistère compromet sérieusement la santé publique dans ce département, non seulement dans le sens très évident de l'aliénation mentale, mais encore dans le sens d'une notable diminution de la résistance des organismes aux agents extérieurs d'infection, principalement ceux de la fièvre typhoïde et de la tuberculose,

A émis le vœu,

Que la loi du 23 janvier 1873 sur l'ivresse publique soit rigoureusement appliquée;

Que les municipalités mettent sérieusement en œuvre les moyens que les lois et règlements leur fournissent pour restreindre à l'avenir le nombre des débits de boissons.

Un nouveau journal de médecine mentale. — Nous avons reçu les premiers numéros du premier journal de médecine mentale publié au Brésil; il a pour titre : *Archivos brasileiros de psychiatria, neurologia e sciencias affinas*, et est dirigé par les Drs Juliano Moreira et Afranio Peixoto, médecins de l'hospice national des aliénés. Nous félicitons volontiers nos deux distingués confrères de leur tentative, à laquelle nous souhaitons succès et prospérité.

Prix de la Société médico-psychologique.

Année 1906.

Prix Aubanel. — 1.000 francs. — Question : *Valeur diagnostique des symptômes oculaires aux différentes périodes de la paralysie générale, appuyée surtout sur des observations personnelles.*

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Semelaigne. — 500 francs. — Question : *Des sorties à titre d'essai au point de vue clinique, administratif et législatif.*

Digitized by Google

Année 1907.

Prix Belhomme. — 1.000 francs. — Question : *De la démence épileptique chez les enfants et les adolescents.*

Prix Esquirol. — Ce prix, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1905 et en 1906, dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1905 pour les prix à décerner en 1906, et le 31 décembre 1906 pour ceux à décerner en 1907, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresse des auteurs.

Digitized by Google

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE IIe VOLUME DE LA NEUVIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES

La question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale, à l'Académie de médecine; par M. le Dr Georges Vernet. . . . 5

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.— XVe session, Rennes, août 1905; par le Dr E. Lallemant. 177

II. — Pathologie.

Enquête sur la fréquence des troubles mentaux dans le personnel des asiles d'aliénés; par le Dr Roger Mignot 22

La confusion mentale; par le Dr E. Régis 210

Les incendiaires (1er *article*); par le Dr Gimbal. 353

Considérations pathogéniques sur le mutisme et la sitiophobie des déments précoces; par le Dr G. Dromard 374

De l'absence de glucose dans le liquide céphalo-rachidien (Expériences et résultats); par C. Dubos. 393

III. — Thérapeutique.

Quelques réflexions sur le traitement des maladies mentales; par le Dr J. Christian 408

IV. — Médecine légale.

De la simulation des maladies mentales et nerveuses chez les enfants (*suite et fin*); par le Dr Paul Moreau (de Tours) 29

V. — Établissements d'aliénés.

Quelques réflexions sur le recrutement des infirmiers dans les asiles, sur la journée de huit heures et sur l'organisation des retraites; par les Drs Belletrud et Mercier. 49

Documents d'Outre-Mer. Les établissements d'aliénés de l'Etat de New-York en 1903; par le Dr A. Cullerre 235

Digitized by Google

VI. — Revue critique.

PAGES

Du placement des aliénés criminels en Suisse; par le Dr Edouard Borel 63

Les formes de la démence précoce; par les Drs E. Marandon de Montyel et L. Mongeri 246

Physionomie et mimique chez les aliénés (1er *article*); par le Dr Armand Laurent 425

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance solennelle du 17 *avril* 1905. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Ballet, Christian, Joffroy, Pottier, Charpentier, Buvat, Haskovec, Juquelier. — Rapport de M. Vigouroux sur la candidature de M. Picqué; élection. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Victor Parant fils; élection. — Rapport de la Commission du prix Belhomme : M. Chaslin. — Rapport de la Commission du prix Esquirol : M. Antheaume. — Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours) : M. Pactet 77

Séance du 29 *mai* 1905. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Briand, Victor Parant fils, Bonhomme, Boyer, Privat de Fortunié, Boulenger, Paul Minnaert, Trepsa, Bessière, Mignot, Régis. — Rapport de M. Klippel sur la candidature de M. Phulpin; élection. — Rapport de M. Vigouroux sur la candidature de M. Juquelier; élection. — Hypocondrie et lésions organiques latentes, par MM. Vigouroux et Collet. — Suppuration et rémission dans la paralysie générale, par MM. Marie et Viollet. Discussion : M. Christian. — Confusion mentale et otite suppurée, par MM. Pierre Roy et Guisez. Discussion : MM. Legrain, Sérieux, Vigouroux, Kéraval, Roy, Arnaud. — Tentative de suicide chez un mystique par introduction d'un corps étranger dans l'œsophage, par M. Ch. Azémar. — Deux cas de perversion sexuelle causée par les malformations acquises des organes génitaux, par M. Viollet. Discussion : M. Colin. . . . 98

Séance du 26 *juin* 1905. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Giraud, Juquelier, Phulpin, Colin, Lwoff, Albert Devaux, Mongeri, Esposito, Benjamin Larroque. — Rapport de M. Kéraval sur la candidature de M. Bessière; élection. — Rapport de M. Sérieux sur la candidature de M. Roger Mignot; élection. — Deux cas de perversion instinctive avec précocité sexuelle remarquable, par MM. Dromard et Levassort. — Délits prémédités, alternant chez un débile avec des impulsions névropathiques, par M. Delmas. Discussion : MM. Vallon, Vigouroux. 266

Séance du 24 *juillet* 1905. — A propos du procès-verbal : MM. Ritti, Vallon. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Bessière, Mignot, Olivier, Rieder, Cullerre. — Rapport de M. Pactet sur les candidatures à deux places de membre titulaire; élection

Digitized by Google

PAGES

de MM. Colin et Lwoff. — Rapport de M. Kéraval sur la candidature de M. Devaux; élection.. 282

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1904).

(Anal. par le Dr Georges Vernet).

La dormeuse de Thenelles. Un sommeil pathologique de vingt années consécutives. 124
Action analgésiante et névrosthénique du radium à doses infinitésimales et inoffensives.. 127
Quelques faits relatifs à l'action thérapeutique du radium 128

JOURNAUX FRANÇAIS (1903).

(Anal. par le Dr A. Cullerre.)

L'état du fond de l'œil chez les paralytiques et ses lésions anatomiques initiales et terminales . . . . . 290 et 294
Evolution des obsessions et leur passage au délire. . . . 290 et 294
Contribution à l'étude des folies par contagion.. 291
Nouvelle contribution à l'étude des psychoses post-opératoires.. . 291
Fibromatose et paralysie générale 292
Etude sur la manie. 292
Cas de bestialité chez la femme 293
Délire et petit brightisme. 293
Histoire d'un idiot myxœdémateux. 294
Contribution à l'étude de la catatonie. 295
Des monologues chez les aliénés.. 295
Relation des maladies unilatérales de l'oreille avec les hallucinations de l'ouïe.. 295
Catalepsie symptomatique et rythme de Cheyne-Stokes 296
Absence de lymphocytose arachnoïdienne au cours de la paralysie générale 296
Le fou rire prodromique 296
Tic de l'ours chez le cheval et tics d'imitation chez l'homme. . . 297
Constitution idéo-obsessive comme forme psycho-pathologique autonome 298
Méningisme et puérilisme mental paroxystiques chez une hystérique. 298
Troubles psychiques dans un cas de sclérose en plaques 298
Délire hypocondriaque et zoopathie interne chez un débile tabétique, hystérique et gastropathe. 299
Association du tabes à la paralysie générale 299
La neurone et ses impossibilités. 300
La catalepsie symptomatique 300
Action suspensive de la morphinisation sur les manifestations convulsives de l'hystérie et de l'épilepsie. 301
Troubles mentaux à forme mélancolique avec anxiété dus à l'existence ignorée de polype muqueux des fosses nasales et guéris par l'ablation de ces tumeurs 302
La ponction lombaire contre la céphalée des brightiques. 302
Traumatismes multiples et paralysie générale. 303

Digitized by Google

PAGES
Hémiplégie à répétition d'origine urémique. 303
Le sang dans la paralysie générale et le tabes 303
Acrocyanose et crampes des écrivains 304
Rapports entre l'activité cérébrale et la composition des urines. 304
Perversion de l'instinct génésique : anosmie. 305
Hystériques accusatrices 305

JOURNAUX ANGLAIS (1902-1903).

(Anal. par le Dr VICTOR PARANT fils.)

Quelques cas de folie pellagreuse. 129
Note sur les lobes préfrontaux et la localisation des fonctions mentales. 132
Esquisse sur l'aliénée criminelle femme. 133
Le crime dans la paralysie générale. 130
Note sur les hallucinations 130
Traitement des troubles mentaux au début et leur enseignement clinique dans les salles des hôpitaux ordinaires.. 134
Hallucinations et phénomènes mentaux alliés . . . . . 134 et 148
L'hôpital comme idéal dans le soin des aliénés. Exposé de certaines méthodes en usage à l'asile de district de Stirling. 135
Quelques remarques nouvelles sur les infirmiers de nuit et la surveillance dans les asiles.. 136
Les conditions mentales aboutissant à l'homicide. 137
Rapport du Comité de la tuberculose de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande. 137
La toxémie dans l'étiologie des maladies mentales 138
Le traitement chirurgical de la folie hallucinatoire fondé sur son état physiologique.. 141
Le sommeil en rapport avec les narcotiques dans le traitement des maladies mentales. 141
Notes sur quelques cas de morphinomanie. 142
Evolution du délire dans quelques cas de mélancolie 143
Les symptômes pupillaires chez les aliénés et leur valeur. 143
Prophylaxie et traitement de la dysenterie des asiles 144
Les quartiers d'aliénés à l'hôpital de Copenhague 145
Sur quelques problèmes d'hérédité spécialement en rapport avec l'aliénation 145
Contribution statistique à l'anatomie pathologique des aliénés . . 147
Importance de l'excitation pour l'entretien et dans la déchéance du système nerveux 147
Remarques sur le traitement chirurgical de la folie 148
Statistiques médico-psychologiques ; raison d'être de leur définition et de leur corrélation en vue d'une étude d'ensemble . . . 149
Observations sur la cellule de la névroglie et ses prolongements. 149
Notes sur la pathogénie de la folie diabétique. 149
Le soin des idiots et des imbéciles. 149
Rapports des symptômes mentaux avec les maladies somatiques et leur traitement 150
De quelques nouveaux caractères de la structure intime de l'écorce cérébrale humaine 449
La folie chez les imbéciles 450
L'instruction des infirmières dans les asiles d'aliénés. 451
Les observations dans les grands asiles. 451
Traitement de la phtisie dans les asiles par l'urée et ses sels. . . 452
L'alcalinité du sang dans les maladies mentales. 453

Digitized by Google

PAGES
Les anomalies palatines comme stigmates de dégénérescence. . . 453
La folie par le haschich. 454
Observations bathériologiques et cliniques sur le sang des malades atteints de manie aiguë continuelle. . . . . 455 et 461
Un dégénéré méconnu et condamné 456
Nomenclature des maladies mentales. 456
La garde et le traitement des aliénés dans les domiciles privés et les maisons de santé. 457
Folie et législation. 458
Note sur un nouveau registre d'observations 458
Notes sur les hallucinations . . . . . 458 et 462
Lésions du système nerveux dans un cas de porencéphalie 459
Sur la signification de la chromatolyse centrale avec déplacement du noyau dans les cellules du système nerveux central de l'homme. 459
L'action du cortex rolandique dans ses rapports avec l'épilepsie jacksonnienne et la volition. 460
Remarques sur les suicides dans les asiles publics. 462
Pensions de retraites pour les travailleurs des asiles d'Ecosse. . . 463
Fréquence des granulations de l'épendyme dans la paralysie générale. 464
Adresse présidentielle du 62e Congrès annuel de l'Association médico-psychologique. 464
Révision des statistiques du Comité de la tuberculose 465
Observations cliniques et expérimentales sur la catatonie 466
Les infirmières femmes pour les malades hommes dans les asiles. 466
Un cas de double conscience 467
L'enseignement de la psychologie dans les Universités des Etats-Unis. 467
L'épilepsie ne peut être causée par des conditions toxémiques. . . 468

JOURNAUX ALLEMANDS (1903).

(Anal. par le Dr Soutzo fils).

Sur les attaques hystériques apparues tardivement chez les épileptiques. 307
La scopolamine hydrobromique 308
Sur la manie épileptique, avec quelques considérations sur la fuite des idées. 309
Sur les hallucinations de la pensée et sur les hallucinations sans idées délirantes (Echo de la pensée). 309
Sur le délire paraldéhyde. 309
Troubles dans le domaine de la perception chez les aliénés. . . . 310
Considérations cliniques et pathogéniques sur les psychoses anxieuses. 310
Contributions cliniques sur les psychoses périodiques. 311
Sur la psychose hallucinatoire dans les affections de l'organe de l'ouïe 311
Troubles amnésiques consécutifs aux tentatives de suicide par strangulation. 312
La paralysie générale galopante 312

JOURNAUX ITALIENS (1902).

(Anal. par les Drs Charon et Nicoulau).

Recherches sur l'action physiologique du champ magnétique. . . . 313
Isotonie du sang des aliénés. 314

Digitized by Google

PAGES

Nominations et promotions : MM. Régis, Vallon, Nolé, Gilbert Ballet, Th. Taty, Cuvelier, Coulonjou, Aubry, Pasturel, Vurpas. — Recrutement des médecins et des internes des quartiers d'hospice et des asiles privés faisant fonction d'asiles publics. Circulaire ministérielle.—Traitements des médecins adjoints. des asiles d'aliénés. Circulaire ministérielle. — Le martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux, — Faits divers. — Premier Congrès belge du neurologie et de psychiatrie. Liége, 28 au 30 septembre 1905. 332

Concours public pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique (1906 et 1907) 503

Table des matières de tome II de la 9e série. 521

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

41(3
769+
COUNTWAY LIBRARY
HC 1F2J N

U. HOLZER
BINDER
BOSTON

Digitized by Google

Digitized by Google